﴿فهرست الجزء الرابع من وسايل الابتهاج﴾

٣ المقالة الرابعة فى الامراض البنية
٣ الفصل الاول فى الامراض التسممية الحادة
٣ المبحث الاول فى الحصبة
٣ كيفية الظهور والاسباب
٦ الصفات التشريحية
٨ الاعراض والسير
١٥ المعالجة
١٩ المبحث الثانى فى القرمزية والحمى القرمزية
١٩ كيفية الظهور والاسباب
٢٠ الصفات التشريحية
٢٣ الاعراض والسير
٣٠ المعالجة
٣٤ المبحث الثالث فى الوردية
٣٥ المبحث الرابع فى الجدرى
٣٥ كيفية الظهور والاسباب
٣٧ الصفات التشريحية
٣٩ الاعراض والسير
٤٨ المعالجة
٥٢ المبحث الخامس فى الجدرى البقرى
٥٢ كيفية الظهور والاسباب
٥٥ الصفات التشريحية
٥٦ الاعراض والسير
٥٧ المعالجة
٥٩ المبحث السادس فى الجدرى المائى المعروف بجدرى الغنم وبالجدرى
الهوائى وبالجدرى الكاذب

صحيفه

٥٩ كيفية الظهور والاسباب
٦٠ الصفات التشريحية
٦٠ الاعراض والسير
٦١ المعالجة
٦١ كلام كلى فى الامراض التيفوسية
٧٣ المبحث السابع فى التيفوس الطفحى
٧٣ كيفية الظهور والاسباب
٧٦ الصفات التشريحية
٧٨ الاعراض والسير
٨٥ المعالجة
٨٥ المبحث الثامن فى التيفوس البطنى المعروف بالحمى التيفويدية
٨٥ كيفية الظهور والاسباب
٩٠ الصفات التشريحية
٩٨ الاعراض والسير
١١٦ المعالجة
١٢٨ المبحث التاسع فى التيفوس النكسى المعروف بالحمى التيفوسية الراجعة أو المترددة وطبع غلطا العاشر وهلم جرا الى السابع عشر
١٢٨ كيفية الظهور والاسباب
١٣١ الصفات التشريحية
١٣٤ الاعراض والسير
١٤١ المعالجة
١٤٣ المبحث الحادى عشر فى الطاعون وهو النوع الرابع من الامراض التيفوسية
١٤٣ كيفية الظهور والاسباب
١٥٥ الصفات التشريحية
١٥٧ الاعراض والسير

صحيفه

١٦٣ المعالجة
١٦٦ المبحث الثانى عشر فى الدفتيريا الوبائية وتعرف بالذبحة الحلقية الخبيثة
١٦٦ كيفية الظهور والاسباب
١٦٨ الصفات التشريحية
١٦٩ الاعراض والسير
١٧٣ المعالجة
١٧٤ المبحث الثالث عشر فى الحميات الاجامية أو المتقطعة
١٧٤ كيفية الظهور والاسباب
١٧٩ الصفات التشريحية
١٧٩ الاعراض والسير
١٧٩ أولا الحمى المتقطعة البسيطة
١٨٨ ثانيا الحمى المتقطعة الخبيثة
١٩١ ثالثا الحميات المتقطعة الخفيفة أو المبرقعة
١٩٣ المعالجة
١٩٨ المبحث الرابع عشر فى الحميات الاجامية المترددة والمستمرة
١٩٨ كيفية الظهور والاسباب
١٩٨ الصفات التشريحية
١٩٨ الاعراض والسير
٢٠٠ المعالجة
٢٠٠ المبحث الخامس عشر فى العرق الدخنى المعروف بالحمى الدخنية
٢٠١ كيفية الظهور والاسباب
٢٠٢ الصفات التشريحية
٢٠٣ الاعراض والسير
٢٠٦ المعالجة
٢٠٧ المبحث السادس عشر فى الكوليره الآسية أو الهندية المعروفه بالهيضة

صحيفه

٣٠٧ كيفية الظهور والاسباب
٣١٣ الصفات التشريحية
٣١٧ الاعراض والسير
٣٣٣ المعالجة
٣٤١ المبحث السابع عشر فى الدوسنطاريا وحقه السادس عشر على حسب ماتقدم
٣٤١ كيفية الظهور والاسباب
٣٤٤ الصفات التشريحية
٣٤٧ الاعراض والسير
٣٥١ المعالجة
٣٥٥ فى الامراض التسممية التى تنقل من الحيوانات الى النوع الانسانى
٣٥٥ المبحث الاول فى داء التريشين
٣٥٥ كيفية الظهور والاسباب
٣٥٨ الصفات التشريحية
٣٥٩ الاعراض والسير
٣٦٣ المعالجة
٣٦٥ المبحث الثانى فى داء السراجة ويسمى بالداء الرطب وبالسقاوه
٣٦٥ كيفية الظهور والاسباب
٣٦٦ الصفات التشريحية
٣٦٧ الاعراض والسير
٣٦٩ المعالجة
٣٦٩ المبحث الثالث فى داء الكلب ويعرف بالفزع من الماء
٣٦٩ كيفية الظهور والاسباب
٣٧١ الصفات التشريحية
٣٧١ الاعراض والسير
٣٧٥ المعالجة
٣٧٧ الفصل الثانى فى الامراض التسممية المزمنة

المبحث

صحيفه

٢٧٧ المبحث الاول فى الداء الزهرى
٢٧٩ أولا فى الشنكر
٢٨٠ كيفية الظهور والاسباب
٢٨٣ الاعراض والسير
٢٨٦ المعالجة
٢٧٩ كيفية الظهور والاسباب
٢٩٠ الاعراض والسير
٢٩٢ المعالجة
٢٩٣ ثانيا فى الداء الزهرى البنيى
٢٩٣ كيفية الظهور والاسباب
٢٩٦ الاعراض والسير
٢٩٦ أولا فى التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية الخ
٣٠٠ ثانيا الخيرجلات القليلة الحساسية والاصابة الزهرية الخ
٣٠١ ثالثا السكنديلوما الخ
٣٠٢ رابعا الاصابة الزهرية للجلد الخ
٣٠٩ خامسا الاصابات الزهرية للاغشية المخاطية
٣١١ سادسا الالتهاب القزحى الزهرى
٣١١ سابعا الاصابات الزهرية للعظام والسمحاق
٣١٥ ثامنا فى الالتهاب الخصى الزهرى أو القيلة الزهرية الخ
٣١٦ تاسعا فى الاصابات الزهرية للمنسوج الخلوى والعضلات الخ
٣١٧ سير الداء الزهرى على العموم
٣٢١ المعالجة
٣٣٦ المبحث الثانى فى الداء الزهرى الوراثى
٣٣٦ كيفية الظهور والاسباب
٣٣٨ الاعراض والسير
٣٤٠ المعالجة

صحيفه

٣٤١ الفصل الثالث فى الاضطرابات الغذائية العامة الخ
٣٤١ المبحث الاول فى داء الخلور وزالخ
٣٤٣ الصفات التشريحية
٣٤٤ الاعراض والسير
٣٥٠ المعالجة
٣٥٤ المبحث الثانى فى الانيميا الخبيثة التدريجية وطبع غلطا الفصل
٣٥٨ المبحث الثالث فى الاسكربوط
٣٥٨ كيفية الظهور والاسباب
٣٦٠ الصفات التشريحية
٣٦١ الاعراض والسير
٣٦٥ المعالجة
٣٦٦ المبحث الرابع فى الداء النمشى لورلهوف
٣٦٩ المبحث الخامس فى الانموفيلا اى سوء القنية النزيفى
٣٧١ المبحث السادس فى الاسكروفيلوزا المعروف بداء الخنازير وكتب غلطا فى الطبع المبحث الرابع
٣٧١ كيفية الظهور والاسباب
٣٧٥ الصفات التشريحية
٣٧٧ الاعراض والسير
٣٨١ المعالجة
٣٨٥ المبحث السابع فى الديابيطس السكرى الخ
٣٨٥ كيفية الظهور والاسباب
٣٩٤ الاعراض والسير
٣٩٨ المعالجة
٤٠١ المبحث الثامن فى الديابيطس البسيط الخ
٤٠١ كيفية الظهور والاسباب
٤٠٣ الاعراض والسير
٤٠٤ المعالجة

(بيان الخطأ والصواب الواقع فى هذا الكتاب)

صحيفه	سطر	خطأ	صواب
٨	٢١	غثيان	غثيان
٦٣	٣	لانها	الانها
٦٨	١٧	التيوسية	التيفوسية
١٢٨	١٦	المبحث العاشر	المبحث التاسع وكذا مابعده
١٦٤	١٣	العايلية	العايلة
١٦٨	٢٦	أمر	أمرا
١٧٥	٢٢	آلى	آليا
١٨٤	٢٣	بشكة	بشكمة
٢١٥	١	المعا	الامعاء
٢٦١	٨	منثنيان	منثنيين
٢٧٨	٨	احداها	أحدها
٢٩٠	١٥	أحد العقد	احدى العقد
٣٠١	١١	المولة	المولة
٣٠٤	١	سمحاف	سمحاق
٣٠٩	٢٢	لتخويف	لتجويف
٣١١	٩	ظروها	طروها
٣١٨	١٠	ست	ستة
٣٢٢	١٦	الزمنى ان	الزمنى ماذكرنان
٣٢٢	٢٣	على معالجة	الى معالجة
٣٢٥	٢٣	تتكرزجزئيا	تتكرز اجزئيا
٣٢٧	٢٣	طاروو	طرو
٣٤٤	٩	التى	اللائى
٣٥٢	١٣	لكول	لكون

الجزء الرابع من وسائل الابتهاج فى الطب الباطنى
والعلاج ترجمة وتأليف الطبيب الحاذق الريس
الدكتور سعادة سالم باشا سالم
معلم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
السنية الطبية
المصرية
م

بسم الله الرحمن الرحيم

المقالة الرابعة

(فى الامراض البنيية)

سنتكلم فى هذا الباب على الامراض العمومية ونسميها بالامراض البنيية تمييزا لها عن الامراض الموضعية المصيبة لكل عضو على حدته وتسميتها بذلك أولى من تسميتها بالامراض الديسكرازية أو الكاشكسية (أى امراض سوء القنية) اوأمراض الدم فان التسمية الاولى أعم - ونشرح هنا أولا الامراض التسممية الحادة ثم التسممية المزمنة ثم الامراض البنيية العمومية الناتجة عن اضطرابات غذائية بدون تأثير تسمم منتشر

(الفصـــــــل الاول)

(فى الامراض التسممية الحادة)

(المبحث الاول)

(فى الحصبة)

(كيفية الظهور والاسباب)

الحصبة مرض معد محض فانه لايشك الآن فى أن كل شخص أصيب بهذا المرض حصلت عدواه من شخص آخر مصاب به وقد حصلت مجادلة فى هذا الخصوص بأن الحصبة فى أول ظهورها لم تكن نشأت بواسطة العدوى ومن المشهور (ومن أعدى الذى كان أولا) فانه إذ ذاك لم يكن أحد مصابا بها من قبل وحيث ان الحصبة تولدت تولدا ذاتيا فلا يجوز نفى تولدها الذاتى فى زمننا هذا غير أن هذا الاعتراض غير متجه فانه وان انبهم علينا منشاؤها الابتدائى الا انه من المعلوم الثابت الذى لانقض فيه ولا ابرام الآن ان ظهور الحصبة وانتشارها فى جميع المحال والبقاع التى يسهل فيها ملاحظة ذلك بالدقة لابد وأن يكون بواسطة العدوى ومن الجائز حينئذ انه فى الاحوال التى فيها لايتيسر اثبات هذا الامر بطريقة قطعية يكون حصول العدوى الانتقال من شخص مريض الى آخر كما هو الواقع بالنسبة للداء الزهرى فانا نعلم جيدا ان هذا الداء لاينتقل الا بواسطة العدوى من شخص الى آخر وأما عدوى الاول وكيفية منشأ هذا المرض أول مرة فليست من موضوع العلوم الطبيعية - والجوهر المسم المحدث للحصبة أى السم الحصبى ليس معلوما لنا لابخواصه الكيماوية ولا المكرسكوبية بل لانعلم جيدا أيضا ان كان هذا الجوهر من طبيعة آلية أو غير آلية وانما النظريات القائلة بان العدوى تنشأ من انتقال جسيمات نباتية صغيرة جدا غير مدركة بالنظر ولا بالمكرسكوب انما تفضل عن غيرها لانها أقرب للعقل وموافقة للمشاهدات المرضية ولنذكر هنا بعض الامور المعضدة لهذه النظريات وهو أن زمن التفريخ أعنى الايام والاسابيع التى تمضى بين ابتداء العدوى وظهور المرض تنافى كون العدوى حصلت بجواهر أثرت فى الجسم بخواصها الكيماوية أو الطبيعية

فانه لو كان الامر كذلك لظهر تأثيرها فى الجسم حالا أو أقله بعد زمن قليل جدا فلا يبقى الجسم المصاب خاليا عن جميع علامات الاضطراب المرضى مدة ثمانية أيام الى أربعة عشر حتى يتضح بشدته فجاءة وأما اذا كانت عدوى الشخص السليم من شخص مريض بواسطة جسيمات صغيرة آلية غير مدركة فانه يمكن تصور زمن التفريخ وحصوله فانه من القريب للعقل ان هذه الجسيمات تنتقل بعدد صغير جدا حتى لا يتأثر الجسم منها حالا غير انها تتزايد وتتكثر فى الجسم المنتقلة اليه المهيأة له ومتى حصل هذا التزايد والتكاثر فى زمن معلوم أى زمن التفريخ ظهر تأثيرها المضر فيه وأعظم أمر يرتكن اليه فى القول بأن السم الحصبى سم آلى هو تكرار تكوينه فى جسم المريض المنتشر فيه ويؤيد ذلك ماشاهده الطبيب بانوم فى جزيرة منعزلة تسمى بجزيرة فارورين وذلك انه بعد العدوى من حالة حصبية أتت من الخارج وأصابت شخصا كان أول من حصلت له عدوى من هذا الشخص أهله ومنهم انتقل المرض الى غيرهم من سكان هذه الجزيرة ثم عم المرض فى ظرف سبعة أشهر جميع سكانها تقريبا حتى أصيب من عدد أهلها الذى يبلغ سبعة آلاف وسبعمائة واثنين وثمانين ماينيف عن الستة آلاف ثم ان تحققت مشاهدات المعلم هليير جاز القول بأن السم الحصبى صار اثباته بالمكرسكوب فان المعلم المذكور يقول انه وجد فى دم المصابين بالحصبة وفى بصاقهم اخلية نباتية فطرية نبتت على أجزاء مختلفة ونشا عنها على الدوام عين تلك المواد الفطرية نباتية وسماه بالميكورمود تسيدوأى (سم فطرى) ومن الثابت ان الحامل للاصل المعدى الحصبى هو الدم والدموع وافرازالمسالك الهوائية فان التلقيح الذى فعل بهذه السوائل فى اشخاص سليمة أدى فى غالب الاحوال الى ظهور الحصبة عندهم لكن حيث ان أغلب الاصابات المرضية تشاهد عند أشخاص لم تلامس دم الاشخاص المصابة بالحصبة ولا افرازاتهم بلاواسطة بل انها وجدت فقط بجوارها فلاشك فى ان الاصل المعدى للحصبة موجود أيضا فى التبخير الجلدى والرئوى للاشخاص المصابين بهذا المرض كما انه من الثابت الاكيد بواسطة التجارب التى فعلها الطبيب بانوم ان هذا الاصل المعدى الموجود فى الهواء يمكن انتقاله الى بعد عظيم بواسطة أجسام أوملابس الاشخاص

السليمة

الهيامية التي كانت بجوار أشخاص مريضة بالحصبة ولولم تصب بالمرض نفسه بحيث تكون سببا في نقل المرض من مسافة جملة أميال بواسطة الهواء بدون أن يفقد هذا الاصل المعدى خواصه المعدية ثم ان زمن التفريخ يستمر من عشرة ايام الى أربعة عشر وفي بعض الاحوال سيما التي فيها تكون الاشخاص المتعدية مصابة بمرض آخر يظهر أن هذا الزمن يستطيل زيادة عن ذلك وان سئل عن الدور الذي فيه تعدى الحصبة كان الجواب عن ذلك طبقا لما علمناه من التجارب ان صفتها المعدية تكون أكثر اشتدادا ووضوحا مادام الطفح متزهرا وانه يظهر غالبا ان عدواه لا تحصل مدة دور التفلس وانه يوجد ادلة تدل على عدواه مدة دور الهجوم لهذا المرض وقول العوام ان عدوى الحصبة يكثر اشتدادها مدة دور التفلس مبنى على عدم ملاحظة زمن التفريخ ملاحظة تامة فان الطفل الذي يعدى من أخيه مثلا يظهر المرض عنده في الحقيقة مدة دور تفلس الطفح عند الاول الا انه كان معديا مدة ما كان الطفح في حالة شدة ظهوره واتضاحه ومن الادلة المثبتة على عدوى الحصبة في الدور السابق للطفح الانتشار العظيم لهذا المرض بواسطة المكاتب والمدارس فان الذي يلتفت اليه عادة هو منع الاطفال الذين لم يتم التفلس عندهم أو الذين يوجد عندهم طفح مشتبه فيه عن التوجه الى المكاتب والمدارس المذكورة لكن لا يلتفت الى منع الاطفال المصابة بالسعال أو الزكام من التوجه الى المكاتب وجلوسهم بجوار الاطفال السليمة فانه لو كان حصول العدوى بالاولى فقط لما كان يمكن تفسير الامر المشاهد من انه في مدة تسلطن وباء الحصبة تصاب بعض المكاتب إصابة شديدة وتبقى الاخرى مصونة عن الاصابة

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحصبة كثير الانتشار جدا ويكاد كل شخص يصاب بها مدة حياته مرة واحدة وبهذه الاصابة الوحيدة يكاد ينطفئ الاستعداد للاصابة بها مرة ثانية بدون استثناء تقريبا وحيث ان الحصبة تتسلطن بكثرة في المحال المشحونة بعدد عظيم من الاهالى كان أغلب ما يصاب بهذا المرض سن الطفولية وحينئذ يفقد الاستعداد للاصابة بها

فى سن تمام النمو ومن هذه الحيثية فقط يجوز اعتبار الحصبة مرضا خاصا بالاطفال فانه يشاهد فى المحال التى يقل اختلاط سكانها جدا بسكان المحال الاخرى وتكون الحصبة تبعا لذلك قليلة الظهور ان الاطفال فيها ليست أكثر استعدادا للاصابة عن المتقدمين فى السن والذى يؤيد ذلك مشاهدة الوباء الحصبى للمعلم بانوم الذى حصل فى جزيرة فاروين وكان هذا الوباء هو الاول من منذ خمس وستين سنة وفى مدة تسلطنه أصيب بالحصبة جميع من كان ساكنا فى هذه الجزيرة ماعدا من كان سنه مجاوزا لخمس وستين سنة أو كان اعتراه المرض من قبل وكذا الاطفال التى لم يجاوز سنها نصف سنة تبقى فى الغالب مصونة عن الاصابة بالحصبة وكذا الاشخاص التى دخلت فى سن الكهولة حقيقة ولا يقى الشخص عن الاصابة بهذا المرض كل من الامراض الحادة والمزمنة والحمل والنفاس لكن ليس من النادر مشاهدته كما تقدم ذكره كون الطفح الحصبى الذى حصلت عدواه مدة سير هذه الامراض الحادة لايظهر الاعقب زوالها وانقطاع سيرها

ثم ان الحصبة تظهر على هيئة وباء كثير الانتشار أو قليله وشدة انتشار الوباء المذكور تتعلق خصوصا بطول الزمن الذى مضى من انطفاء الوباء الذى كان قبله اعنى من كثرة عدد الاطفال التى لم تصب بالحصبة الى وقت حصوله أو قلته وهذا الامر يثبت أيضا بمشاهدة الوباء السابق ذكره الذى حصل فى جزيرة فاروين ويظهر كذلك ان حالة الفصل لها دخل فى شدة انتشار وباء الحصبة أو قلته فان معظم اوبية هذا المرض تحصل فى أشهر فصل الشتاء والخريف أو فى فصل الصيف البارد الرطب وعند انتشار هذا المرض انتشارا وبائيا عظيما يشاهد منه أحوال ثقيلة جدا كذلك مناسبة لشدة انتشاره بل تشاهد الاحوال الخبيثة جدا عند ارتقائه الى أعلى درجة

﴿الصفات التشريحية﴾

الطفح الحصبى الاعتيادى يزول بعد الموت ولا يبقى فى الجثة احيانا الا البقع الدموية فى الجلد التى يصطحب بها هذا الطفح فى بعض الاحوال والتغيرات

التشريحية التي تشاهد مدة الحياة في جلد الاشخاص المصابين بالحصبة عبارة عن ظهور بقع عديدة مستديرة في حجم العدسة تكون مرتفعة قليلا جدا عن موازاة الاجزاء المحيطة بها ويوجد في وسط هذه البقع حلمة صغيرة وقد تنضم جملة بقع مع بعضها في بعض المحال وتكون لطخا غير منتظمة تقرب من الشكل النصف هلالي وتكون منعزلة عن بعضها في محال أخرى ولون الجلد بين هذه البقع يكون طبيعيا اما في الوجه يكون منتفخا انتفاخا أوذيماويا قليلا والحلمات التي توجد على بقع الطفح الحصبي تنشأ تبعا لرأى المعلم سيمون عن تجمع نضح التهابي قليل في اصفار محدودة في الجلد لا عن انتفاخ بصيلات الشعر أو الاجربة الجلدية ولو كان مجلسها غالبا المحال التي ينشأ الشعر فيها من الجلد وقد يظهر للطفح الحصبي ميل عظيم للاختلاط ويسمى حينئذ بالطفح الحصبي المختلط (وبالحصبة المختلطة) ومع ذلك فالاحمرار المنتشر في مثل هذه الاحوال لا يكون مستويا بل حافظا الهيئته المبقعة والظاهر ان أغلب البقع الحصبية التي تستمر زمنا طويلا لا يصطحب الاحتقان فيها بانسكاب دموى قليل جدا ويتضح ذلك من كون مثل هذه البقع لا يبهت لونها بضغط الاصبع الا بهاتة غير تامة وانها بعد زوالها بزمن طويل يبقى محلها مدة ما من الزمن نكت مسمرة وسخة وفي بعض الاحوال تكتسب البقع الحصبية لونا أحمر داكنا كلون الدم بسبب كثرة النضح الدموى في الجلد فيشاهد في مثل هذه الاحوال نكت كدمية بين بقع الطفح الحضبي (ويسمى هذا الشكل بالحصبة النمشية والسوداء)

وحيث ان معظم احوال الموت التي تحصل في أثناء سير الحصبة ناتج عن مضاعفات هذا المرض بالالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب أو بالالتهاب الشعبي أو الرئوى يوجد غالبا في جثة الهالكين بهذا المرض التغيرات التشريحية الخاصة بالالتهابات المذكورة ومما يصف الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب وصفا خاصا في مثل هذه الاحوال أنه يندر وجود أغشية كاذبة متماسكة من الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب الاولى وان الالتهاب في الاحوال التي نحن بصددها يقرب من الشكل

الدفتيرى أى الاكال يعنى ان النضج هنا لا يكون قاصرا على السطح الظاهرى من الغشاء المخاطى فقط بل يكون كذلك متخللا بجوهره بحيث انه عند انقذافه يخلفه فقد جوهر فى الغشاء المخاطى وان لم يكن هناك مضاعفة بالتهاب حنجرى ذى غشاء كاذب يوجد فى الجثة أثر التهابات نزلية ممتدة من الشعب واصلة الى الخلايا الرئوية تؤدى تارة الى حصول تمدد مستمر فى الخلايا الرئوية المعروف عند أغلب المؤلفين بالانفزيما الحويصلية الحادة وتارة الى هبوط رئوى أو الى التهاب رئوى نزلى ولا يظهر فى الدم أدنى تغير مخصوص بل يكون كما فى باقى الامراض التسممية العامة قليل اللبفية مائعا وذا لون داكن

﴿الاعراض والسير﴾

لا يوجد أدنى علامة دالة على التسمم بالاصل المعدى للحصبة فى دور التفريخ ثم بعد هذا الدور يأتى حالا دور الهجوم (أى دور الاعراض السابقة على المرض) وهذا الاخير يندر أن يبتدى بقشعريرة واحدة والغالب أن يبتدى بقشعريرات متوالية ويصطحب بجميع اعراض النزلة الملتحمية والشعبية الشديدة جدا ولا تعرف اعراض هذا الدور معرفة حقيقية الا من الجزم بتسلطن وباء الحصبة فانه ان لم يكن من المعلوم للطبيب وجود الحصبة متسلطنة فى البلدة أو فى الجهات المحيطة بها لا يتيسر لاعظم طبيب متمرن معرفة الدور السابق للحصبة وتمييزه عن الاعراض النزلية الحمية الشديدة الموجودة فى طفل مريض فان كلا من سرعة النبض وارتفاع الحرارة واضطراب الصحة العامة وآلام الراس والمفاصل وفساد الهضم والغشيان والقئ واضطراب النوم والهذيان عند الاطفال الكثيرة الحساسية يحصل جميعه فى أحوال الالتهابات النزلية البسيطة الاخرى الناتجة عن تأثير البرد وانما تكون الظواهر الموضعية فى الحصبة كثيرة الشدة عادة فالاعين فضلا عن احمرارها مع الالم المحرق تكون فى حالة فزع عظيم من الضوء دامعة على الدوام والجبهة كثيرة التألم والانف منسدا ويسيل منه افراز مخاطى غزير صاف ويحصل عطاس متقطع أو مستمر احيانا جملة ساعات بل وقد يحصل فى بعض الاحوال رعاف ويكون الصوت ابح

والسعال خشنارنانا مؤلما بحيث يكثر فزع أهل الطفل فزعا عظيما عند حصوله ليلا ظنا منهم بانه سعال ديكى والاصابة النزلية يظهر أنها تبتدئ عادة من الانف ثم تمتد الى جهة الجبهة والملتحمة والى أسفل جهة الحنجرة والقصبة الهوائية وفى العادة يمتد دور الهجوم مدة ثلاثة أيام الى أربعة وفى أثنائه تختلف شدة الاعراض السابق ذكرها ومع ذلك قد توجد أحوال فيها يمتد هذا الدور نحو الاسبوع وأحوال أخرى لا تظهر فيه اعراض هذا الدور الاظهورا واهيا جدا فتكاد لا تشاهد بالكلية ومن النادر ان ترتقى الحمى ولو فى الاحوال الثقيلة الوبائية الى درجة عظيمة جدا بحيث تهدد حياة المريض مثل ارتقاء درجة الحمى فى الطفح القرمزى كما أنه من النادر كذلك ان تكون الظواهر الموضعية للدور السابق لهذا المرض مهددة لحياة المريض مهما كانت شدتها ومهما كان عظم فزع أهل المريض خصوصا من شدة السعال الحلقى وضيق النفس الذى يحصل عنده

وأما الدور الثانى للحصبة أعنى دور الطفح فالعادة ان يبتدئ بشوران فى الحركة الحمية فيسرع النبض وترتفع درجة الحرارة وقد تحصل احيانا تشنجات ثم يظهر الطفح السابق ذكره أولا فى الوجه سيما حول الفم والاعين ثم يمتد الى اسفل جهة العنق والصدر بحيث يصل الى القدمين بعد أربع وعشرين ساعة والتبخر الجلدى عند المرضى يكون له اذ ذاك رائحة مخصوصة شبهها بعضهم برائحة الاوز المنتوف حديثا وفى بعض الاحوال النادرة ذات السير غير الطبيعى لا يمتد الطفح كما هى العادة من الراس الى الاطراف بل يظهر ابتداء فى الذراعين والساقين ثم يمتد الى اجزاء أخرى وفى بعض أحوال نادرة أخرى يبقى الطفح قاصرا على بعض اصقاع من الجسم أو أنه لا يظهر على بعضها الا بنكت قليلة الوضوح جدا ومن هذا القبيل الحصبة غير الطفحية أعنى العديمة الطفح وهى عبارة عن حالة مرضية تنشأ بلا شك عن التسمم بالاصل المعدى للحصبة غير انها تسير من ابتدائها الى انتهائها بظواهر كظواهر الحمى النزلية الشديدة جدا بدون أن يتضح فيها الطفح الحصبى وبالجملة فلنذكر هنا أحوالا لا يتضح فيها الطفح الا ببطء عظيم جدا بحيث ان دور الطفح لا ينتهى فى أربع وعشرين ساعة أو

ست وثلاثين بل يمتد الى اليوم الثالث أو الرابع وفى مثل هذه الاحوال لا تظهر الاحوال الطفحية الاخيرة الا من بعد انتقاع الاولى وبهاتتها وفى أثناء دور الطفح تتزايد الاضطرابات البنيية العمومية وهى الحمى والظواهر النزلية ازديادا عظيما بحيث ترتقى الى أشد درجتها عند انتهاء ظهور الطفح وتكامله

وأما الدور الثالث أى دور انطفاء تزهر الطفح فلا يمكن فصله عن الدور الثانى وتمييزه عنه تمييزا واضحا فان الطفح فى غالب الاحوال يبقى بعد انتهاء اندفاعه على حالة وضوح وتزهر ثم يبتدئ بعد أربع وعشرين ساعة فى انتقاع اللون وبهاتته وكذا الحمى التى تكون بلغت اقصى شدتها عند انتهاء الطفح يحصل فيها تلطيف سريع فى هذا الدور ثم تنطفئ بالكلية بحيث يعسر على الامهات حجز اطفالهن فى الفراش ولو كان جسمهم مغطى بالطفح الحصبى وذلك لانها تحس بانها ممتعة بقواها بعد زوال الحمى وكذا الظواهر النزلية فانها وان بقيت مستمرة فى دور تزهر الطفح وانطفائه الا انها تتلطف تلطيفا عظيما فيه فيصير الفزع من الضوء قليلا وافراز الغشاء الانفى يتناقص شيأ فشيأ و يصير متكاثفا وينذر العطاس وتقل بحة الصوت وتزول ربانية السعال وتقذف الاطفال المتقدمة فى السن التى لا تزدرد النفث كمية عظيمة من نفث مخاطى قيحى (أى النفث النضيج) وفى اليوم الثالث أو الرابع من اندفاع الطفح الحصبى تصير اللطخ الحصبية الابتدائية الظهور كثيرة البهاتة عادة أو انها تنطفئ بالكلية وفى الايام التالية لذلك تبهت أيضا اللطخ التى ظهرت فيما بعد وتزول أيضا وذلك بانه يعقب محلها بعد مدة طويلة الزمن أو قصيرته بقع مصفرة باهتة فى الجلد

وأما الدور الرابع للحصبة وهو دور التفلس فانه يعقب الطفح وانطفاؤه فى الاحوال الجيدة أى ذات السير الجيد فى اليوم الثامن أو التاسع من ابتداء المرض عادة فان الطفح الحصبى ينطفئ بالكلية ويزول فى هذا الزمن ويشاهد على المحال التى كانت محلا له تفلس فى البشرة يشبه بالنخالة لكن ان حصل فى هذه القشور البشرية المنفصلة لين ورخاوة بسبب العرق اللطيف المستمر الافراز فلا يكون التفلس واضحا كما يشاهد ذلك فيما

اذا كان الجلد جافا قحلا ولذا أنه يندر مشاهدة تفلس فى الاجزاء المغطاة بالملابس ويكثر مشاهدتها فى الوجه والعنق والايدى والحركة الحميه تكاد تنطفئ بالكلية على الدوام فى دور التفلس وكذا الظواهر النزلية تزول شيأ فشيأ بحيث ان هذا المرض ينتهى فى اليوم الرابع عشر بالكلية مع انتهاء دور التفلس

ثم ان هذا المرض يسير فى غالب الاحوال بالكيفية التى ذكرناها مع تغيرات قليلة وهذه الاحوال التى فيها لا يشاهد اختلاف عظيم من السير الطبيعى لهذا المرض وفيها تكون ادواره غير مصحوبة بظواهر غير اعتيادية تسمى فيها الحصبة بالحصبة البسيطة وبالاعتيادية وبالتهيجية وأما فى الاحوال الاخرى التى فيها يعبر عن الحصبة بالالتهابية (أو بالسينوخية) ففيها يظهر الطفح مع اعراض شديدة واللطخ الحصبية فى مثل هذه الاحوال تكون قريبة من بعضها أو مختلطة ولا تبتدئ فى بهاتة اللون بعد أربع وعشرين ساعة بل تبقى واضحة على الجلد خمسة أيام أو ستة وفى بعض الاحوال قد يكتسب الطفح لونا بنفسجيا أو ضرقاوا ولا يزول بضغط الاصبع عليه وهذه الظاهرة المبنية على تمزق جزئى فى الاوعية الشعرية الجلدية الممتلئة بالدم ينبغى اعتبارها مشابهة لغيرها من الانزفة الصغيرة الجزئية المصاحبة لغير ذلك من الاضطرابات الالتهابية الغذائية فى الجلد والذى يوجه حقيقة هذا التصور أن هذا الشكل من الحصبة النزيفية يكون سيره فى معظم الاحوال جيدا ولا يتضاعف بعلامات فساد فى الدم وانحلاله - وللظواهر الحمية التى تصاحب الحصبة الالتهابية مشابهة قوية بالظواهر الحمية التى تشاهد فى سير الالتهابات الحادة فضربات القلب تكون قوية والنبضات السباتية شديدة والنبض قويا ممتلئا متزايد السرعة وان لم يخرج عن الحد ودرجة حرارة الجسم لا تجاوز غالبا درجة أربعين مئينية وكذا الظواهر المرضية للاغشية المخاطية فانها كالطفح الجلدى فى الحصبة الالتهابية تتصف بطول المدة وكثرة الشدة والامتداد وما دام الطفح ظاهرا متزهرا يستمر كل من الفزع الضوئى والزكام والسعال بقوة عظيمة وفى هذا الشكل من الحصبة يظهر أيضا بدلا عن الالتهاب الحنجرى النزلى

التهاب حنجرى ذو غشاء كاذب وفيه يمتد التهاب الغشاء المخاطى من الشعب الى الحويصلات الرئوية غالبا وفيه تحصل أيضا التهابات نزلية فى الغشاء المخاطى المعدى والمعوى (المعروف ذلك بالحصبة المعدية) فان حصل عند طفل بحة فى الصوت وسعال رنان ونوب عسر عظيم فى التنفس وغير ذلك من الاعراض الواصفة للالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب فى دور تزهر الطفح الحصبى كانت حالة الطفل ليست خطرة بخلاف ما اذا كانت الظواهر المرضية المذكورة مصاحبة للدور الاول من الحصبة الى دور هجومها فان سير هذا المرض يكون غالبا خبيثا فى مثل هذه الاحوال وينتهى انتهاء محزنا وذلك ان عسر التنفس يزداد والتنفس يصير غير تام وتهبط الاطفال ويزول الطفح ويتورد الجلد أو لا يبقى فيه الا بقع ضرقة اذا كانت مصحوبة بانزفة جلدية وهذه البقع لا تزول بضغط الاصبع - ونحيل ما يخص التنوعات التى تعترى الصورة المرضية للحصبة الالتهابية عند امتداد الالتهاب النزلى للشعب الدقيقة جدا على ماذكرناه فى الجزء الاول من هذا الكتاب عند الكلام على اعراض الالتهاب الشعبى الشعرى والاخطار التى تنتج عن هذا المرض فى سن الطفولية وكذا يتضح مما ذكرناه فى الجزء الاول أيضا عند الكلام على هبوط الرئة والالتهاب الرئوى النزلى مجموع الاعراض الذى يحكم به على حصول احدى هاتين المضاعفتين فانه بالمشاهدات العديدة للهبوط الرئوى والالتهاب الرئوى النزلى التى تنتج عن بعض الاوبئة الحصبية المنتشرة اتضحت لنا التغيرات التشريحية واعراض هذين المرضين - وأندر من الالتهاب الرئوى النزلى حصولا فى سير الحصبة الالتهابية الالتهاب الرئوى الليفى وهذا الالتهاب ان حصل وضاعف الحصبة الالتهابية يكون قاصرا على رئة واحدة بخلاف الالتهاب الرئوى النزلى فانه يعم الرئتين معا والحمى المصاحبة له تتصف بسيرها الدورى وانحطاطها السريع بخلاف الحمى التى تصاحب الالتهاب الرئوى النزلى فانها تكون ذات سير بطئ مستطيل ولا تنطفئ الا تدريجا والحركة الحمية التى تلازم الحصبة يحصل فى سيرها تنويع عظيم عند حصول المضاعفات السابق ذكرها ولا سيما عند حصول التهابات رئوية فان الحمى فى الحصبة البسيطة الاعتيادية أى

غير المضاعفة تنحط بسرعة متى وصلت لاقصى درجة ارتقائها التى تصل اليه عند انتهاء الطفح ولا تصل عند مضاعفة الحصبة بالتهابات رئوية نزلية أوليفية الى اقصى درجة ارتقائها فيما بعد - ثم انه فى أحوال الحصبة التى فيها يتضاعف هذا المرض باصابة ثقيلة فى اعضاء التنفس قد يصير الطفح باهتا أو ينطفئ بالكلية فى زمن قليل وذلك عقب هبوط المريض بالكلية بسبب عدم كفاية التنفس وارتقاء الحمى الى درجة شديدة جدا وهذه الظاهرة كثيرا ماوجهت خطأ وذلك بانه اعتبر ارتداع الطفح هو السبب فى ثقل حالة المريض وحصول التغيرات الالتهابية المرضية للاعضاء التنفسية وليس نتيجة لها

وهناك شكل ثالث من الحصبة يسمى بالشكل الضعفى والتيفوسى والعفن وفى هذا الشكل الثقيل لايكون الخطر ناشئا عن امتداد التهاب نزلى الى الفروع الشعبية الرقيقة أوعن مضاعفات ثقيلة أخرى بل يكون ناتجا عن التأثير الخبيث للسم الحصبى على البنية بتمامها فالحصبة من هذه الحيثية تماثل جميع الامراض التسممية الحادة وذلك ان وباء الحصبة الذى يظهر زمنا فزمنا يختلف تأثيره وقوته بالنسبة للاضطراب البنى العمومى الناتج عن التسمم بالاصل المعدى للحصبة فان الطبيب الذى لايشاهد الأوبية الشكل البسيط أو الالتهابى من الحصبة التى ظهرت فى العشر سنين الاخيرة فى كثير من الاقطار تصور أن الاصل المسم للحصبة له تأثير ضعيف على البنية ولا يغيرها الا قليلا لكن تصوره هذا يزول بسرعة متى شاهد بعض حالات من أحوال الحصبة العفنة الضعفية فانه فى الدور السابق لهذا الشكل قد يصير النبض الذى يكون قويا فى الابتداء صغيرا ضعيفا متواترا جدا وانحطاط المريض عظيما والدماغ مضطربا واللسان جافا مغطى بقشور مسودة ويمكن ان يهلك المريض من تقدم الانحطاط المتعاقب احيانا بنوب تشنجية وذلك قبل ان يحصل ظهور الطفح وفى أحوال أخرى قد يظهر مجموع الظواهر التيفوسية المذكورة التى كثيرا ماينضم لها رعاف متكرر بعد ظهور الطفح يرتقى اذ ذاك لاشد درجة والطفح الذى يكون ظهوره غير منتظم عادة يكون تارة ذا لون أحمر باهت وتارة ازرق بنفسجيا بسبب حصول أنزفة جزئية فى

الجلد وقد يوجد بين البقع الحصبية لطخ كدمية او يبقى بعد زوال الطفح الحصبى بمدة بقع مزرقة واغلب الاطفال المرضى بهلكون بعد ان يصير النبض صغيرا ضعيفا متواترا جدا مع حصول ظواهر مخورة تارة مصحوبة بتشنجات وتارة بدونها وليس من الثابت مع التأكيد بالمشاهدات العديدة الى وقتنا هذا ان كان الضعف والشلل العموميان اللذان يشاهدان فى سير الحصبة الخبيثة الواصفة للشكل الضعفى العفنى من هذا المرض ناتجين عن التسمم اللاوسطى للدم بالسم الحصبى او ناتجان عن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة شديدة جدا والذى يعضد الرأى الاخير أنه فى أثناء سير غير هذا المرض من الامراض التى لم تكن ناشئة عن تسمم بنيى عمومى يصير النبض صغيرا ضعيفا متى ارتقت درجة حرارة الجسم الى درجة شديدة جدا فائقة عن الحد وتظهر كذلك الظواهر العصبية أو التيفوسية والمعضد للرأى المذكور أيضا الامر الآتى وهو أن جميع الوسائط العلاجية المنقصة لدرجة حرارة الجسم تحدث تأثيرا جيدا فى هذه الظواهر

ويعد من الامراض التابعية للحصبة السعال الذى يستمر وجوده فى دور التفلس فانه كثيرا ما يستمر جملة أسابيع بل واشهر بعد انتهاء التفلس بالكلية ويحصل فيه ازدياد عقب المؤثرات الواهية والظاهر ان هذا السعال فى كثير من الاحوال ناشئ عن نزلة بسيطة شعبية وينسب حينئذ كل من كثرة استمراره واستعصائه وثورانه زمنا فزمنا الى شدة حساسية الغشاء المخاطى وتأثره أو الى شدة حساسية الجلد وفى أحوال أخرى يكون هذا السعال ناشئا عن تغير مرضى ثقيل جدا فى الرئة فانه من الثابت ان الدرن الرئوى كثيرا ما يخلف الحصبة وان الموت عند الاطفال يكثر جدا بعد كل وباء حصبى مدة بعض سنين لكن يظهر لى ان القول المعتاد من كون السل الرئوى المزمن الذى كثيرا ما يخلف الحصبة يكون حصوله دائما أو أقله غالبا بتراكمات درنية فى الرئة فى أثناء حصول الحصبة أو ليتها اذا كانت موجودة من قبل أمر مشكوك فيه فان أغلب أحوال السل الرئوى عند الاطفال لا تنشأ عن تراكمات درنية دخنية أو عن لسين يحصل فيها بل عن استحالة جبنية فى البورات الالتهابية الفصيصية وتلاشيها ويتضاعف ذلك باستحالة جبنية

في العقد الشعبية وحيث ان الالتهابات الرئوية الفصيصية من جملة المضاعفات الكثيرة الحصول في الحصبة فمن القريب للعقل نسبة السل الرئوي الذي كثيرا ما يخلف الحصبة الى الاستحالات المرضية أي الجبنية في البورات الالتهابية التي لم تتحلل ومع هذا فليس القصد من ذلك القول بان الدرن الرئوي الحقيقي لا يحصل حصولا تابعيا أي مكونا لمرض تابعي للحصبة (خصوصا وانتا شاهدنا جملة مرات ان حصول الدرن الدخني الحاد للرئة قد أعقب الحصبة حالا) عن التهابات رئوية مزمنة مفسدة يعتريها استحالات جبنية وزيادة على الالتهابات الشعبية المزمنة والسل الرئوي المزمن يعد أيضا من جملة الامراض التابعية للحصبة جميع الاصابات الخنازيرية سيما الارماد الخنازيرية والسيلانات الاذنية والزكام الخنازيري أيضا وانتفاخ العقد الليمفاوية والتهابات السمحاق والمفاصل التهابا مزمنا فانه كثيرا ما يشاهد أن الاطفال التي لم تكن مصابة بداء الخنازير بالكلية يعتريها هذا المرض بجميع اشكاله بعد شفائها من الحصبة مدة من السنين ويعد من جملة الامراض التابعية النادرة للحصبة أيضا كل من غنغرينا الوجنة والشفرين عند البنات المعروف بالسرطان المائي والتهابات الاغشية المخاطية للفم الدفتيرية أي الاكالة

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية الوحيدة من الحصبة فهي عزل الاطفال الاصحاء أي التي لم تصب بالحصبة عن المصابين بهذا المرض وغيرهم ممن كان مظنونا فيهم بانهم في الدور السابق من هذا المرض فان أريد حفظ الاطفال من الاصابة بالحصبة وجب منعهم من التوجه الى المكاتب والمدارس زمن تسلطن هذا المرض أو نقلهم بالكلية ان اقتضى الحال لذلك من المحل المتسلطن فيه وباء الحصبة لكن لا يتمسك بهذه الامور الا عند وجود الاوبئة النادرة الخبيثة للحصبة التي ينتج عنها هلاك عدد عظيم من الاطفال وأما في أحوال وباء الحصبة الجيدة فلا يلتجأ لهذه الوسائط بالكلية سيما ومن المعلوم أنه لا بد وأن يصاب كل انسان بالحصبة صغيرا كان أو كبيرا وحيث ان الحصبة الناشئة عن التلقيح يندر أن تأخذ سيرا طبيعيا مثل الاعتيادية وان الحصبة

الخبيثة المهلكة نادرة كان تلقيح الحصبة فى أثناء الوباء الحصبى الجيد غير جائز ولا مستعمل

وعند ظهور الحصبة عند شخص ما ينبغى التمسك بانه لا يوجد واسطة من الوسائط العلاجية بها يمكن تنقيص سير هذا المرض اوقطعه كما ان الوسائط العلاجية التى تستعمل لمقاومة بعض اعراض الحصبة غير اكيدة التأثير والنجاح فضلا عن كونها فى الغالب ذات تأثير مضر بالنسبة لسير الحصبة وبالجملة فانها امراض ينتهى فى غالب الاحوال بالشفاء بدون وسائط علاجية فتى علم الطبيب هذه الامور وتحقق منها امتنع عن الامر بالوسائط المذكورة وتجنب الايصاء بالجواهر الدوائية عند اغلب المصابين بالحصبة فلا يأمرهم الا بتدبير غذائى جيد ولا تستعمل معالجة قوية الا عند وجود خطر محقق وينبغى حفظ جميع المرضى المصابين بالحصبة مدة مرضهم فى اودذات حرارة معتدلة لا مرتفعة جدا ولا منخفضة بحيث ينبغى للطبيب ان يؤكد غاية التأكيد بنظم حرارة الاود بواسطة الترمومتر لا بواسطة احساس المنوطين بخدمة المرضى وتحفظ على الدوام فى درجة الثلاثة عشر الى الخمسة عشر ريومور (وهذا يقال فى البلاد الباردة جدا واما فى البلاد الحارة خصوصا فى القطر المصرى مدة الصيف فينبغى ترطيب حرارة الاود بواسطة آنية مملوءة بالماء ومنع الضوء عنها بستائر حاجزة لاشعة الشمس القوية) وينبغى كذلك تجديد هواء اودة المريض كل يوم وفى اثناء ذلك يغطى وجهه وراسه بمنديل خفيف مع وضع حاجز امام فراشه

وقد تركت الآن العادة المنتشرة قديما وهى عدم غسل المرضى المصابين بالحصبة والتغيير عليهم بالملابس النظيفة اقله مدة اربعة عشر يوما وترك هذه العادة حق فانه قد تحقق للعوام فضلا عن الاطباء ان الحصبة قد ترتدع فى بعض الاحوال ولو مع حفظ المريض فى الوساخة التامة وانها لا ترتدع فى اغلب الاحوال ولو مع النظافة التامة وتغيير الملابس كل يوم لكن ينبغى التحفظ على المريض عند غسله والتغيير عليه فان كلا من غسل المريض وتغيير ملابسه يجب اجراؤه بغاية السرعة مع عدم تعريه زمنا زيادة عن اللزوم وكل من اغطية الفراش وملابس المريض

لا ينبغي أخذها من صندوقها الموضوعة فيه بعد غسلها ووضعها على جسم المريض مباشرة بل ينبغي قبل ذلك تدفئتها جيدا أو تبخيرها أو أن يستعملها شخص سليم آخر ليلة لاجل تدفئتها - وكذا اقامة المريض ينبغي تظليلها ظلاما مناسبا موافقا لحالة النزلة الملتحمية والفزع من الضوء فانه ان بولغ فى تظليل أودة المريض بواسطة ستائر سميكة خضراء حصل تثاقل فى حالة النزلة الملتحمية والفزع من الضوء لانه كلما فتح باب أودة المريض ووقع الضوء فيها بقوة انزعج من الضوء جدا - وفى دور هجوم هذا المرض ودور الطفح أيضا ينبغي أن يستعمل المريض الحمية القاسية كالشوربة المائية واللطيف من الخبز ونحو ذلك وان وجد عنده امساك يعطى له مطبوخ بعض الاثمار ومتى زالت الحمى فى دور تزهر الطفح وانطفائه أمر له بالاحراق وتعاطى الالبان وتعوّد المرضى فى دور تفلس الحصبة على غذائها المعتاد شيأ فشيأ وأجود المشروبات فى هذا المرض الماء البارد القراح الذى يترك بعض زمن فى أوان من الصينى أو البلور فى أودة المريض فانه باعطائه الماء لا يخشى مطلقا حصول أدنى ضرر ولا تثاقل وقتى لبعض الظواهر المرضية ومن القساوة العظمى بل والمضر منع المرضى عن الماء ما داموا فى حالة الحمى مع العطش الشديد واعطاؤهم بدلا عن ذلك الماء الساخن أو المنقوعات الساخنة أو المشروبات المحلاة التى يأباها المريض بسرعة ولا تلطف السعال كما يؤمل من اعطائها فانها غير ضرورية للاستعمال والزمن الذى يمضيه المريض فى فراشه وفى أودته لا ينبغي أن يكون بكيفية محدودة وعدد معلوم من الايام والاسابيع بل الذى ينبغي التمسك به هو أن تبقى المرضى فى فراشهم ما دام عندهم أثر الحمى والتفلس مستمرا والسعال شديدا ويحفظون فى أودهم ما دام عندهم أثر النزلات الحصبية سواء مضت الاربعة عشر يوما أو الستة أسابيع المحددة لذلك عادة أو لم تمض - وكذا بعد تمام شفائهم ينبغي للطبيب الالتفات اليهم التفاتا تاما ومعالجة أى سعال ولو خفيفا بغاية الدقة وقد كثر فى العصر المتجدد استعمال معالجة مائية مضادة للحمى كما تستعمل فى غير هذا المرض من الامراض التسممية ولا شك انها ناجحة فى الاحوال الحصبية

المصحوبة بحمى شديدة وهذه المعالجة عبارة عن تغليف المريض بملاآت مبتلة بالماء البارد أو الحمامات الباردة أو كما يوصى به سمسن وضعها ابتداء فى حمام فاتر درجة حرارته ٣٧ ويبرد بالتدريج الى ٣٢ أو ٣٠ وتكرر مرتين فى اليوم أو أكثر ومن هذا القبيل استعمال الكنين او حمض الصفصاف بقصد تنقيص درجة الحرارة

والعوارض الخطرة التى تستدعى معالجة قوية أول ما يعدمنها كثير من المؤلفين ارتداع الطفح ويقولون ان أهم الوسائط العلاجية هى التى يمكن بها ارجاع الطفح ثانيا ونحن لا نخشى من القول بان المعالجة التى تفعل من هذه الحيثية ليست مؤسسة على معارف علمية بل هى خطرة للغاية وخطرها ناتج من كون الوسائط العلاجية التى تستعمل لها تأثير مضر فى سير هذا المرض فقد ذكرنا ان ارتداع الطفح طبقا لما بيناه ليس سببا فى تثاقل اعراض المرض بل نتيجة له وانه يحصل من الهبوط العام للمريض الذى يشترك فيه الجلد فتثاقل هذا المرض سببه كما ذكرنا ظهور بعض المضاعفات الثقيلة لاسيما بعض الالتهابات الرئوية الفصيصية فان جهل الطبيب ذلك وأمر بدلك جلد الطفل بالصبغات والمروخات المهيجة أو بوضعه فى حمام ساخن مضاف اليه مسحوق الخردل أو البوتاسا الكاوية أو بتغليفه بملاآت مبتلة بمنقوع خردلى ساخن زعما بارجاع الطفح ثانيا ترتب على ذلك غالبا ولو حصل المقصود وقتيا من رجوع الطفح ضرر عظيم فان جميع هذه الوسائط العلاجية ليس لها تأثير جيد فى سير الالتهابات الرئوية الفصيصية وغيرها من المضاعفات الثقيلة ولانها تزيد الحمى ازديادا عظيما والاعراض التى تحصل مدة دور الهجوم سيما نوب بحة الصوت وانطفائه وعسر التنفس العظيم التى تحصل خصوصا فى اثناء النوم تستدعى عين الوسائط العلاجية التى ذكرناها عند الكلام على معالجة النزلة الحنجرية البسيطة خصوصا المقيئات ووضع الاسفنج المبتل بالماء الساخن على العنق واعطاء المشروبات الفاترة وان كان السعال قويا جدا مستمرا وجب أن يعطى للبالغين فى المساء قدرا من ثلاثة ديسى جرام الى سنة (اعنى من خمس قمحات الى عشرة) من مسحوق دوفير ويؤمر للاطفال الذين لا ينبغى اعطاؤهم المركبات الافيونية لخطرها عندهم سيما ان كانت فى حالة الحمى بمقدار صغير من خلاصة

الخس

المقس البرى أو منقوع خفيف من عرق الذهب بقدر ثلاثة دسى جرام (اعنى ست قمحات) على مائة وعشرين جراما (أى اربع اواق) من الماء وخمسة عشر جراما (اعنى نصف أوقية) من الشراب وعند ماتكون الحمى مكتسبة للصفة الالتهابية فى دور هجوم هذا المرض وتزهر طفحه لامانع من اعطاء نترات البوتاسا ولو أنه من الاكيد أن هذا الجوهر الدوائى لايمنع حصول المضاعفات الالتهابية الانادرا جدا وأما اعطاء المقيئ فيحتاج لاحتراس عظيم جدا فان القىء والاسهال عند الاطفال المصابين بالحصبة مضر وكثيرا ما ينشأ عنه الهبوط العظيم الذى يهدد حياة المريض فى اثناء سير الحصبة المسماة بالالتهابية وأما الالتهاب الحنجرى والالتهاب الرئوى اللذان يضاعفان الحصبة احيانا فينبغى معالجتهما طبقا للقواعد العلاجية التى ذكرناها عند الكلام على معالجة الاشكال الاولية من هذين المرضين ولو كان العشم هنا بالنجاح قليلا ومثل ذلك يقال فى باقى مضاعفات الحصبة وأما فى الاشكال الضعفية والتيفوسية والعفنة للحصبة فالمستعمل فيها غالبا الكينا والحوامض المعدنية والمنبهات

﴿المبحث الثانى﴾

(فى القرمزية والحمى القرمزية)

(كيفية الظهور والاسباب)

الحمى القرمزية مرض معد وثبوته ليس ببعض أحوال التلقيح الناجحة فقط بل بالانتقال أيضا والانتشار العام الثابت بمشاهدات أكيدة من محل الى آخر بواسطة أشخاص مصابين بهذا المرض لكن القول بانحصار سريان هذا المرض بواسطة العدوى هو الواسطة الوحيدة فى انتشاره وان السم القرمزى لايحصل مطلقا ولا ذاتيا لم يثبت ذلك بالكلية فانه قد شوهد فى محال متعددة فيها يمكن اتباع انتشار هذا المرض مع غاية الوضوح ظهور اوبية منه بدون ثبوت انتقاله اليها الا بكيفية قطعية ولا ظنية والسم القرمزى ليس معلوما لنا كالسم الحصبى ويظهر أن عدوى بعض الاشخاص الماكثين بقرب المرضى المصابين بالقرمزية بدون ملامستهم مباشرة يثبت ان السم القرمزى موجود فى تصاعدات المرضى ومختلط بالهواء المحيط بها

كما انه توجد أدلة عديدة محققة تثبت ان العدوى بالقرمزية وانتقالها من محل الى آخر يمكن حصولها بواسطة بعض الاشخاص التى تبقى مصونة من الاصابة به ولم تثبت التجارب الى الآن كون الحامل لسم القرمزى هو الدم والافرازات ودور التفريخ فى القرمزية يظهر أنه اقصر زمنا من دور تفريخ الحصبة فلا يستطيل الا ثمانية أيام أو تسعة لكن هذا الزمن اثباته عسر بسبب صعوبة معرفة الوقت الذى حصل فيه ابتداء العدوى وكذا لا يمكن القول القطعى بالدور الذى فيه تكون القرمزية معدية ثم ان الاستعداد للاصابة بالقرمزية أقل انتشارا من الاستعداد للاصابة بالحصبة فان عدد الاشخاص الذين لم يصابوا بهذا المرض مدة حياتهم ليس قليلا

والاصابة بالقرمزية يكاد يزيل استعداد الاصابة بها مرة ثانية بدون استثناء والاطفال الرضع تبقى مصونة عن الاصابة به مدة تسلطنه تسلطنا وبائيا واما الاطفال الذين جاوزوا السنة الثانية فهى اكثر عرضة للعدوى به ومع ذلك فقد تصاب بالحمى القرمزية أشخاص بالغون لم يكونوا أصيبوا به مدة طفوليتهم بل وقد يشاهد هذا المرض احيانا عند الشيوخ ويكاد لا ينطفئ بالكلية فى المدن العظيمة لكن الاسباب التى توجب انتشاره زمنا فزمنا والتى تحيله من الحالة الافرادية الى الحالة الوبائية بغتة ليست معلومة لنا كما اننا لا نعلم الاسباب الموجبة لتنوع اوبية هذا المرض واختلافها بالنسبة للخبث والجودة واوبية القرمزية تتسلطن عادة فى فصل الخريف والربيع لكن ليس على الدوام وتعقب بعضها فى ازمنة كثيرة الطول أو قليلته وتختلف مدتها

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التشريحية التى تظهر فى الجلد مدة الحياة عبارة عن التهاب اريتماوى منتشر فيه فانها تنشأ من احتقان الجلد احتقانا شديدا وارتشاح طبقاته السطحية ارتشاحا أوذيماويا التهابيا واحمرار الجلد الناشئ عن احتقانه يتضح أولا على هيئة نكت صغيرة عديدة قريبة من بعضها تختلط بسرعة فتكون لطخا عريضة محمرة مستوية (وتسمى بالقرمزيه اللطخية) واندر

من ذلك ان احمرار الجلد يبقى قاصرا على بقع منعزلة مختلفة فى الاتساع غير منتظمة الشكل أوانه يشاهد على الجلد الباهت بقع محمرة (وتسمى بالقرمزية السكتية) و يندر أن يحصل فى هذا المرض مثل ما يحصل فى الحصبة حلمات ناشئة عن تجمع نضح التهابى فى جوهر الجلد فى أصفار محدودة (وتسمى بالقرمزية الحلمية) بل الغالب ان النضح المنسكب على السطح الظاهر من الجلد يرفع البشرة على هيئة حو يصلات صغيرة (وتسمى بالقرمزية الحو يصلية) أوانه يرفعها على هيئة فقاعات عظيمة ممتلئة بسائل صاف أو متعكر أو مصفر (وتسمى بالقرمزية البثرية أو البنفجوسية) وفى الاحوال الخبيثة قد يتضاعف احتقان الجلد بانزفة فيه عظيمة أو صغيرة وان حصل الموت مدة ارتقاء الحمى القرمزية يشاهد الجلد فى الجثة غالبا كثيفا متيبسا عقب ارتشاحه ولا يندر أن يشاهد فيه فقاعات جافة أو بقع كدمية مسمرة لا تزول عقب الموت كاحتقان الجلد

ثم ان التسمم بالسم القرمزى كما انه يؤدى لالتهابات فى الجلد يؤدى كذلك لالتهاب فى الغشاء المخاطى الحلقى والشكل الاعتيادى من التهاب الغشاء المخاطى الحلقى القرمزى هو النزلى وفيه يصاب كل من الغشاء المخاطى المغشى لقوائم اللهاة واللوزتين والبلعوم فيكون فى الابتداء أحمر داكنا منتفخا جافا ثم يغطى بمواد مخاطية وفى بعض الاوبئة الخبيثة قد يحدث السم القرمزى فى الغشاء المخاطى للحلق الشكل الدفتيرى من الالتهاب لا شكله النزلى فيكون كل من الحلق والبلعوم فى مثل هذه الاحوال مغطى ابتداء بالطخ سنجابية لا يمكن عزلها من الغشاء المخاطى فانها تكون ناتجة عن ارتشاح جوهر الغشاء المخاطى بنضح ليفى و عما قليل تنفصل بعض أجزاء متغنغرة من الغشاء المخاطى للحلق عقب النضح الحاصل فيها فتنفصل على هيئة خشكريشات متغيرة اللون ذات رائحة كريهة فيخلفها فقد جوهر غير منتظم مغطى بمواد صديدية وسخة وفى أحوال كثيرة قد يمتد هذا التغير الخبيث من الخياشيم الى الانف وهذا التغير هو سبب الزكام الخبيث الذى يحصل فى الاوبئة الخبيثة من القرمزية كما ان هذا الالتهاب الدفتيرى قد يمتد الى الفم والشفتين وزاو يتيهما و يندر امتداده الى الحنجرة و بالجملة قد

يسير التهاب الغشاء المخاطى القرمزى على هيئة التهاب جوهرى فى اللوزتين فيحدث فيهما انتفاخ عظيم ثم تقيح

وكثيرا ما تحصل مع الالتهابات الحلقية ذات الشكل الخبيث فى القرمزية أو بدونها التهابات فى الغدد النكفية والعقد الليمفاوية العنقية والمنسوج الخلوى للعنق وهذه يندر انتهاؤها بالتحلل بل الغالب انه بعد بقاء الانتفاخ العظيم للاجزاء الملتهبة الذى كثيرا ما يكتسب صلابة عظيمة جدا ينتهى بالتقيح أو بتنكرز الاجزاء الرخوة (أى موتها) تنكرزا منتشرا

ومن الثابت حصوله مثل اصابات الجلد والغشاء المخاطى للحلق اصابة الكليتين فى القرمزية وهذه الاصابة اما أن تكون على شكل الاحتقان الشديد المصحوب بحالة نزلية فى القنوات البولية (مع انقذاف طبقتها البشرية) واما على شكل الالتهاب ذى الغشاء الكاذب فى القنوات البولية كما يشاهد ذلك فى أحوال عديدة بل فى بعض الاوبية يكاد ان تكون الاصابة الاخيرة هى التى تحصل على الدوام ولا يجوز عدّ داء برككت الحاد هو والذبحة الدفتيرية من جملة مضاعفات الحمى القرمزية الملازمة والا فيترتب على ذلك اعتبار التهاب الجلد والالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الحلقى واحتقان الكليتين مضاعفات للحمى القرمزية وليست من اعراضها الخاصة بها

ومثل ذلك يقال أيضا فى التهاب المفاصل والبلورا والغلاف الظاهر للقلب أى التامور وفى التهاب الاذن الباطنة والتهاب القرنية وغيرهما من التغيرات الغذائية الاخرى النادرة التى قد تشاهد فى اثناء سير القرمزية ولو لم يثبت الى الآن انه فى الاحوال التى فيها تظهر هذه التغيرات عقب التسمم بالاصل المعدى للقرمزية يوجد سبب ثان أثر فى بنية المريض خلاف السم القرمزى واحدث هذه التغيرات المرضية كمضاعفات للقرمزية نفسها بل يظهر بحسب الظن ان التسمم بالاصل المعدى للقرمزية الذى لا يحدث فى غالب الاحوال الا تغيرات مدركة فى الجلد والحلق والكليتين هو الذى يحدث على الدوام اضطرابا وتنوعا عموميا فى تغذية الجسم بتمامه فيحدث أيضا بتأثير أسباب أخرى غير معلومة تغيرات مرضية

ثقيلة مدركة فى الاعضاء المذكورة ومما ينبغى التنبه له ان الدم فى جثة الاشخاص الهالكين بالقرمزية يوجد قليل الليفية ما ئعا مسمرا واحيانا يوجد كل من الطحال والاجربة المعوية منتفخا

﴿الاعراض والسير﴾

الحمى القرمزية البسيطة أى الطبيعية أو الجيدة هى عبارة عن الاحوال التى فيها تحفظ الحمى الصفة التهيجية ولا توجد بها تغيرات مدركة موضعية الا فى الجلد والغشاء المخاطى الحلقى على صفة الذبحة الحلقية النزلية الشديدة واحتقان الكليتين البسيط وسنذكر أولا اعراض هذا الشكل البسيط من القرمزية وسيره (الذى هو يكاد على الدوام يكون مرضا ثقيلا) ثم نذكر أيضا التنوعات التى تحصل فى اعراض هذا المرض وسيره الناشئة تارة من الشكل الضعفى للحمى الناتج غالبا عن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة عظمى وتارة عن كثرة تعدد الاصابات الموضعية وامتدادها فنقول

امادور تفريخ هذا المرض ففيه تشكى بعض المرضى بتكسر وهبوط واحساس بضجر غير محدود ولكن أغلبهم يكون فى حالة صحة تامة

وامادور الهجوم فانه يبتدئ بنوب قشعريرات متكررة ويندر ابتداؤه بنوبة قشعريرة واحدة ثم يعقب ذلك احساس بحرارة محرقة تهوع أوقىء وآلام شديدة فى الراس واحساس بخدر عظيم وتألم عمومى فى المفاصل وتكسر فيها وغير ذلك من الاعراض التى تكاد تصاحب كل حمى ثقيلة والنبض يكون غالبا فى هذا الزمن سريعا جدا بحيث يصل الى مائة وعشرين أو مائة وثلاثين ضربة فى الدقيقة الواحدة وحرارة الجسم تصل احيانا الى درجة الاربعين أو الواحد والاربعين مئينية أو أزيد وهذه السرعة العظيمة للنبض هى وارتقاء درجة الحرارة الى هذه الدرجة يكاد أن لا يوجد فى ابتداء غير هذا المرض من باقى الامراض حتى فى التهابات الاعضاء المهمة الممتدة ومن هاتين الظاهرتين يمكن الظن بان هذه الحمى هى حمى مرض تسمى انتشارى وحيث ان اعراض التهاب الحلق المحسوسة للمريض والمدركة للطبيب تظهر عادة ابتداء مع الحمى فى آن واحد يمكن الحكم مع التأكيد التقريبى بان المريض معتريه حمى قرمزية ابتدائية وليس

حصبة ولاجدريا ولاغيرهما من الامراض التسممية فان المرضى تتشكى باحساس بجفاف وحرقان فى الحلق والام تزداد عند الازدراد وعند النظر فى الحلق يشاهد كل من الغشاء المخاطى للوزتين وقوائم اللهاة أحمر داكنا منتفخا وكذا اللسان فى بعض الاحوال يكون شديد الاحمرار من حافتيه وهذه الظواهر السابقة تستمر احيانا بعض ساعات أوأن الطفح يتضح حالا مع ظهور حمى دور الهجوم بحيث ان هذا الدور يفقد بالكلية فى مثل هذه الاحوال لكن الغالب ان اعراضه تستمر مدة يوم أو يومين ويندر ان تستطيل مدتها أكثر من ذلك وكما ان اعراض دور الهجوم تختلف شدتها قد تتنوع أيضا فى بعض الاحوال وهذا التنوع يكون متعلقا اما بحالة بنية المريض أو بمؤثرات أخرى غير معلومة فبعض المرضى يوجد عنده هيجان عظيم أو هذيان وبعضهم عنده خمود فى الحواس فتستلقى على فراشها فى حالة هبوط وكثيرا ما يحصل عند بعض الاطفال تشنجات كما يحصل عندها فى غير هذا المرض من الامراض الحمية ومن جهة أخرى يوجد مرضى تتحمل دور هجوم القرمزية بسهولة عظيمة فلا يظهر انه معتريهم مرض ثقيل فى اثنائه وأما دور الطفح فيكاد يبتدئ على الدوام بثوران الحمى وكذا الظواهر التى تصاحبها كألم الرأس والاحساس بالضعف والضجر أو الهبوط يحصل فيها كذلك ازدياد وكثيرا ما تحصل تشنجات عند الاطفال فى هذا الزمن والطفح القرمزى لا يظهر ابتداء فى الوجه مثل الطفح الحصبى بل انه يظهر ابتداء فى العنق ويمتد منه الى باقى الجسم بحيث انه يعم الجلد بالاحمرار القرمزى فى ظرف ٢٤ ساعة الى ٣٦ وانما الوجنتان هما المحمرتان فقط ولذا يكون الطفح القرمزى فى الوجه أقل وضوحا من محلات أخرى وأشد درجة الاحمرار توجد فى العنق وثنيات المفاصل والجهة الوحشية من الاطراف والايدى والاقدام والتبخير الجلدى للمرضى يشابه الجبن العفن أو رائحة الاقفاص المحبوس فيها الحيوانات الوحشية وعند اتضاح الطفح ترتقى كذلك اعراض الذبحة الحلقية فاحمراره يصير قانيا واللسان لا يكون فقط محمرا من الحوافى بل ومن ظهره أيضا بحيث ان الطلا الذى كان مغطيا له فى الابتداء ينقذف فيشاهد اللسان ذا لون أحمر قاتم والحلمات اللسانية

المتفخمة تعطى للسان هيئة خشنة (تشبه لسان القطط) وفى دور الطفح قد تشاهد ظواهر مختلفة من الاعراض التى سبق شرحها بدون أن يكون لها تأثير عظيم فى سير المرض فمنها ان الطفح قد ينتشر بسرعة عظيمة جدا على جميع سطح الجلد ومنها ان الاحمرار قد يكون قاتما واحيانا داكنا ومنها ان الطفح قد يكتسب هيئة الحصبة الدخنية كما ان ظواهر الذبحة الحلقية قد تكون عظيمة الشدة واحيانا خفيفة بالكلية والنزلة الحلقية لا تصطحب فى كثير من الاحوال بنزلة حنجرية ولا بنزلة فى القصبة الهوائية والشعب

وأما دور تزهر الطفح الذى يستمر من أربعة أيام الى خمسة عادة ففيه ترتقى الحمى فى الابتداء وتصل الى نهاية ارتقائها فى اليوم الثانى وفى هذا الزمن يكون الطفح فى أشد درجة تزهره وكذلك ظواهر الذبحة الحلقية تكون قد وصلت الى أشد درجتها والبول يحتوى على كثير من المواد البشرية المنقذفة وكثيرا ما يحتوى على قليل من الزلال وكذلك الحالة العامة للمريض تكون فى هذا الزمن فى أشد درجة اضطرابها ثم تأخذ جميع الظواهر المرضية فى التناقص والانحطاط فكل من سرعة النبض وارتقاء درجة الحرارة يهبط ويبهت الطفح ويقل تعسر الازدراد ويحسن اضطراب الحالة العامة والاحوال المرضية فى هذا الدور بقطع النظر عن اختلاف درجة ارتقاء الحرارة وتعداد التغيرات الموضعية التى تشاهد فى هذا الدور لا يماثل بعضها بعضا فان الطفح قد يستمر فى بعض الاحوال زمنا طويلا على الجلد واحيانا اخرى يبهت وينطفئ بسرعة ومثل ذلك يقال فى تغيرات الغشاء المخاطى وباقى اعراض الحمى

وأما دور التفلس فانه يبتدئ عادة فى اليوم الخامس بعد ظهور الطفح فالاحمرار ـ دة ما يكون زاهيا حول المفاصل يبهت جلد العنق بالكلية وفى هذا المحل يشاهد ان الجلد يصير خشنا ويتفلس بسهولة بان تتجزأ الطبقة البشرية الى جملة قطع ثم تنفصل على هيئة أهداب صغيرة وبعد أيام قلائل يزول الاحمرار أيضا من الاطراف ويبتدئ التفلس لكنه فى الاطراف لا يحصل مثل ما يحصل فى تفلس العنق بمعنى ان الطبقة البشرية لا تنفصل

على هيئة جزيئات صغيرة قشرية الشكل بل انها تنفصل على هيئة أهداب متماسكة عظيمة بحيث ينزعها المريض بيده وفى دور التقلس الذى يستمر عادة من ثمانية أيام الى أربعة عشر تزول جميع الظواهر الحمية هى وظواهر الذبحة الحلقية وينتهى المرض فى الاحوال ذات السير الطبيعى الجيد فى الاسبوع الثالث أو الرابع بالشفاء التام ثم انه يعد من الاشكال الجيدة لهذا المرض أيضا اشكاله غير التامة كالحمى القرمزية بدون طفح وكالقرمزية بدون ذبحة حلقية والقرمزية العديمة الطفح لا يمكن تمييزها عن الذبحة الحلقية البسيطة الا باعتبار وباء القرمزية المتسلطن وشدة درجة الحمى وثقل الاضطراب العام عند المريض وبدور الظواهر السابقة أى دور الهجوم الكثير الوضوح وأما القرمزية العديمة الذبحة الحلقية فانها تعرف بالظواهر الحمية وبالطفح الخاص بالقرمزية فان اصابة الغشاء المخاطى الحلقى بالسم القرمزى تكون اما غير مدركة بالكلية أو لا يوجد عند المريض الا عسر خفيف فى الازدراد واحمرار ضعيف فى الحلق وينبغى الاحتراس التام فى تشخيص القرمزية غير المصحوبة بذبحة حلقية سيما ان لم يثبت ان الاشخاص المصابين لم يلامسوا أشخاصا مرضى بالحمى القرمزية والتمييز بين القرمزية غير المصحوبة بذبحة حلقية وبين الايرتما الممتدة وبعض أشكال الوردية يعسر غالبا بسبب المشابهة التامة بين هذين الطفحين ولا يمكن فى الحقيقة تمييزهما عن بعضهما الا باعتبار الاحوال السببية

ثم ان الحمى القرمزية يمكن أن تؤثر تأثيرا متلفا على البنية مثل المصبة بدون أن تظهر تغيرات غذائية ثقيلة فى بعض الاعضاء بل قد تهلك المرضى من هذا التأثير المتلف بدون ظهور التغيرات الموضعية الاعتيادية للقرمزية فى الجلد والغشاء المخاطى الحلقى وهلاك المرضى فى مثل هذه الاحوال يكون من شلل القلب الذى يسبق بظواهر الانحطاط والضعف العظيم جدا وينبغى لنا فى مثل هذه الاحوال التمييز بأن كان شلل القلب ناتجا عن تغير فى صفات الدم بواسطة السم القرمزى وتأثيره على المجموع العصبى ولا سيما اعصاب القلب أو كان هذا التأثير المهلك ناشئا عن درجة الحمى وارتفاع حرارة الجسم

الى درجة غير مطاقة لكن حيث ان حرارة الجسم ترتقى الى درجة عظمى ولو فى القرمزية الاعتيادية الجيدة وان ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة تجاوزت الحد لا يمكن بها استمرار الحياة بحسب التجارب الفسيولوجية كما ذكرنا نعتبر النظريات الاخيرة من أنه فى القرمزية الخبيثة والقرمزية الضعفية التيفوسية بأن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة فائقة الحد هو المؤدى الى شلل القلب ثم ان اعراض القرمزية الضعفية التيفوسية تشابه بالكلية اعراض الحصبة الضعفية التيفوسية والاشكال التيفوسية لغير هذا المرض من الامراض سيما التسممية الحادة الانتشارية ففى دور الهجوم تكون المرضى فى حالة هبوط عظيم مستلقية على فراشها فى درجة انحطاط عظيم لا تدرى ما حولها ولا تجيب عن الاسئله التى توجه اليها ثم تقع فى حالة كوماوية تامة والحدقة تكون غالبا متمددة ولا يندر أن تحصل انقباضات عضلية خفيفة أو تشنجات عمومية عند الاطفال ويصير اللسان جافا والنبض صغيرا جدا يكاد لا يحصى عددا وكثيرا ما يكون الجذع ذا حرارة محرقة والاطراف باردة بعكس ذلك ثم بارتقاء درجة الانحطاط وبالاوذيما الرئوية التى تنضم لذلك يمكن ان تهلك المرضى قبل ظهور الطفح القرمزى والذبحة الحلقية القرمزية التى تكاد لا تدرك فى مثل هذه الاحوال بسبب ثقل الحالة العامة عند المريض تكون غالبا دفتيرية الشكل وان لم تهلك المرضى فى دور الهجوم يظهر الطفح عادة ببطء مع عدم الانتظام ويكون ذا لون باهت أو مزرق ولا يستمر ظهوره على الجلد الا زمنا قليلا وكثيرا ما يه طمس بنكت نمشية تستمر ولو بعد زوال الطفح واندفاع الطفح وظهوره فى مثل هذه الاحوال الخبيثة لا يحدث تحسينا فى حالة المريض بل ان الحمى الشديدة تستمر ويصير النبض ضعيفا وانحطاط المريض عظيما وكثيرا ما ينضم لذلك اسهال وحالة طبلية فى البطن ويتغطى اللسان واللثة بطبقة مسودة وأغلب المرضى يهلك فى هذا الدور ومن نجا منهم وامتدت حياته الى دور التفلس يهلك غالبهم بامراض تابعية

ومثل هذه الاحوال الخبيثة فى السير التى فيها التسمم القرمزى يحدث شلل القلب اما بتأثيره اللاوسطى أو بواسطة ارتقاء درجة الحمى الى الاحوال

التى فيها تصطحب القرمزيه بذبحه حلقية خبيثة وبتقرح في الغدد الينفاوية العنقية وغيره من التغيرات الغذائية الثقيلة ولا يمكننا هنا شرح جميع الاحوال والتنوعات العديدة التى تنتج عن التسمم بالاصل المعدى للقرمزية فنقتصر على القنوية لها فنقول أما الذبحة الخبيثة فلا يندر أن تظهر فى أثناء سير القرمزية التى تكون بحسب الظاهر جيدة وفى الدور الاول من هذه الذبحة لا تظهر على الدوام أعراض مرضية خطرة فعسر الازدراد لا يرتقى الى درجة ثقيلة الا اذا اصطحبت هذه الذبحة بالتهاب جوهرى فى اللوزتين وحينئذ يتعسر الازدراد بالكلية بل يتعذر واشتراك الغشاء المخاطى الانفى مع الالتهاب الدفتيرى للحلق أمر مستقر الحصول بحيث ان ظهور الزكام الذى يظهر فى الابتداء جيد اذا افراز جيد يسيل من الانف بدون رائحة كريهة عرض يخشى منه للغاية بل يكاد يكون على الدوام خطرا والذبحة الحلقية النزلية فى القرمزية يندر اصطحابها بالزكام جدا ولذا لا ينبغى الالتفات لاعتقاد أهل الطفل من ان الزكام عرض جيد بل ينبغى اعتبار هذا العرض علامة غير جيدة وتشخيص الذبحة الحلقية الدفتيرية يتم التأكيد يثبت فقط فى الدور الاول لهذا المرض من البحث عن الحلق بالنظر فيظهر على الغشاء المخاطى المحمر احمرارا شديدا الطخ ذات لون أبيض وسخ ملتصقة بالغشاء المخاطى ثم بعد بعض أيام يتغير شكل المرض ويكتسب هيئة خبيثة فان الطفح وان لم ينتج عنه ظواهر مرضية ثقيلة غير أنه تشم بقرب المريض رائحة منتنة رمية تنتشر من فمه وأنفه وتنفصل من حلقه اللطخ الوصفة على هيئة خشكريشات يتكون محلها قروح متغيرة اللون ويسيل من الانف افراز مصفر ذو رائحة كريهة يتسلخ منه جلد الوجنتين والاجزاء الملامسة له وكذا العقد الليمفاوية العنقية تنتفخ انتفاخا عظيما مكونة لنعقدات صلبة غير منتظمة الشكل على جانبى العنق والمرضى تكون مستلقية مائلة الرأس الى الخلف وفى حالة تقرب من الكوما أو فاقدة الادراك بالكلية والنبض الذى يكون فى الابتداء قويا يصير صغيرا متواترا بحيث يصل الى ١٤٠ أو ١٦٠ فى الدقيقة الواحدة وحرارة الجسم ترتقى الى درجة الاربعين مئينية أو أزيد من ذلك وفى مثل هذه الاحوال يحصل مثل ما يحصل فى الحصبة متى

اصطحب هذا المرض الاخير بالتهاب رئوى فصيصى فان الحمى الناشئة عن التسمم بالاصل المعدى للقرمزية ترتقى الى درجة عظيمة جدا متى اصطحب هذا المرض بالتهاب دفتيرى فى الحلق فترتقى حرارة الجسم الى الدرجة التى فيها تشاهد على الدوام ظواهر الضعف والشلل ثم ان عاشت المرضى ومضى زمن تزهر الطفح حصل دور التفلس بكيفية طبيعية غالبا غير أنه يتمادى حتى تشفى القروح الحلقية ويزول السيلان المنتن من الانف وكثيرا ما يمتد الالتهاب من الحلق الى بوق ايستاكيوس ومنه الى تجويف الطبلة فينشأ عن ذلك التهاب اذنى باطنى كثيرا ما يؤدى لانثقاب غشاء الطبلة والى تسوس العظم الصخرى ولذا يستمر عند كثير من المرضى وجود سيلان اذنى بعد شفاء القرمزية طول حياته مع تناقص عظيم فى السمع وان كان الالتهاب الدفتيرى للحلق قد امتد من تجويف الفم الى الشفتين شوهد بطء عظيم فى شفاء القروح التى تحصل فى زاويتى الفم . وهنالك خطر عظيم يعترى المرضى فى دور تفلس القرمزية وفى أثناء النقاهة ينشأ عن التهاب العقد الليمفاوية وارتشاحها هى والمنسوج الخلوى تحت الجلد للعنق فان هذه الالتهابات يندر أن تنتهى بالتحلل بل الغالب انها تنتهى بالتقيح بعد زمن طويل جدا مع ظواهر حمية فتهلك المرضى بالكلية فانه قد يشاهد هلاكهم فى الاسبوع السادس أو السابع عقب شفاء القرمزية بالكلية بسبب تقيح هذه العقد بل والتهاب العقد العنقية وارتشاحها قد يحصل بدون الذبحة الحلقية الخبيثة فينشأ عنه فى مثل هذه الاحوال ارتقاء عظيم فى حالة الحمى وظواهر تيفوسية والظواهر الدماغية توجه أيضا بارتقاء درجة الحمى التى تصاحب انتفاخ العقد العنقية وارتشاحها وذلك أجود من توجيهها بالضغط الواقع على الاوعية العنقية واضطراب الدورة الدماغية الناشئ عن ذلك ولا ينبغى اختلاط التهاب العقد العنقية وتقيحها المذكور بالتهاب النكفة الذى يحصل أحيانا فى سير القرمزية سيما فى دور التفلس مثل ما يحصل فى سير التيفوس والتفويد الهيضى

وقد ذكرنا انه من المضاعفات المهمة فى التسمم بالاصل المعدى للقرمزية الالتهاب الكلوى اللبفى أى ذو الغشاء الكاذب والامر المعلوم من ان

الاستسقاء الحمى يحصل عادة فى دور التفلس ويكون ناشئا عن التغير المرضى للكليتين ادى الى الوقوع فى الخطأ الى وقتنا هذا بالظن بان كلا من الاستسقاء الحمى واصابة الكليتين ناشئ عن تأثير البرد الذى تعرضت له المرضى فى دور تزهر الطفح أو تقلبه لكن هذا الخطأ ينتفى بالحكاية بما سنذكره وهو أنه فى بعض الاوبئة قد لا يحصل فى جميع الاحوال بول زلالى ولا استسقاء حمى وفى أو بيئة أخرى يكاد يفقد بالكلية واعراض الالتهاب الكلوى الذى فى مع سيره قد ذكر مفصلا عند الكلام على الالتهاب الكلوى وذكرناهناك ان أغلب أحوال هذا المرض تحصل فى دور التفلس والاستسقاء الحمى القرمزى الذى يكون عرضا للالتهاب الكلوى الحاد كثيرا ما تشفى منه المرضى لكن بعضهم يهلك منه عقب ظهور التسمم البولى أوغيره من الامراض التى تطرأ كالالتهاب الرئوى والبلوراوى وغير ذلك وأما الاستسقاء الحمى القرمزى الغير المتعلق بالبول الزلالى فهو مرض تابعى للقرمزية غير خطر ومنبهم ويظهر تدريجا وقد يصل لدرجة عظيمة جدا ويبقى فى الغالب قاصرا على المنسوج الخلوى تحت الجلد ويندر أن يمتد الى التجاويف المصلية والشفا من هذا العارض التابعى للقرمزية غير المصحوب بالبول الزلالى كما شاهدناه احيانا قد يحصل فى أقرب وقت

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية فانها تستدعى عزل الاشخاص السليمة من المريضة ومن لامسهم وهذه الواسطة هى الوحيدة والناجحة ولذا ينبغى التمسك بها مدة تسلطن وباء القرمزية الخبيث تمسكا تاما وأما استعمال البلادونا كواسطة واقية من القرمزية بان يؤخذ من خلاصة البلادونا ١ سنتجرام أعنى ثلاث قمحات ومن الماء المقطر ٣٠ جراما أعنى أوقية ويعطى من هذا المحلول نقط بعدد مضاعف بالنسبة لعدد سن الطفل فهو وان اعتبر عند الاطباء الاهميوباتيين وغيرهم من الاطباء انها واسطة واقية من القرمزية الا أن التجارب قد دلت على ان استعمال هذا الجوهر ولو مع الاستمرار جملة أسابيع لا يقى من هذا المرض بالكلية ومثل ذلك يقال بالنسبة لجميع الوسائط الموصى بانها واقية من القرمزية سواء استعملت من الباطن

أو من الظاهر
وأما معالجة الحمى القرمزية الواضحة الطبيعية فهي مؤسسة على نفس القواعد العلاجية التي ذكرناها في معالجة الحصبة فعلى الطبيب قبل الشروع في أي معالجة ينبغي له ان يراود نفسه هل يسوغ له احداث اضطراب في السير الدوري المحدود لهذا المرض أم لا و يتمسك بذلك غاية التمسك - وينبغي في مثل هذه الاحوال حفظ حرارة قاعة المريض في درجة محدودة من ١٠ الى ١٢ ريوميرما أمكن ومنع تغطيته باغطية ثقيلة غير معتادة ويؤمر بتجديد هواء القاعة مع غاية الاحتراس زمنا فزمنا وأجود المشروبات التي تستعمل الماء القراح أو الليمونات الحمضية الخفيفة وتعطى في الابتداء الاغذية الخفيفة جدا كالشوربة المائية ومنقوع الخبز وبعض الاثمار المطبوخة وفي الادوار الاخيرة لهذا المرض تعطى له الامراق والالبان ونحو ذلك وعند وجود امساك يؤمر له بحقن من الماء الفاتر ولا تعطى له المسهلات اللطيفة الا عند الضرورة ومن العوائد المتبعة حفظ المرضى في أسرتها الى أن ينتهي دور التفلس ومن الجيد في الواقع التمسك بهذه العادة بدون ان يغتر الطبيب بان أغلب المرضى المصابين بالقرمزية الذين لا يتمسكون بهذه العادة و الاحتراس لا يعتريهم أمراض أخرى بل وينبغي حفظهم من تأثير البرد بعد انتهاء دور التفلس بان تحفظ في أودهامدة أربعة عشر يوما في زمن النقاهة و يوصى باستعمال الحمامات الفاترة زمنا فزمنا وهذه المعالجة الانتظارية تكفي بالكلية في جميع أحوال القرمزية الجيدة البسيطة وتفضل عن غيرها من الطرق العلاجية الدوائية والايدروباتية أي المعالجة بالماء

لكنه قد يظهر في أثناء سير الحمى القرمزية مضاعفات تستدعي طرقا علاجية قوية اذ كثيرا ما تنجح فيها الوسائط العلاجية القوية في هذه المضاعفات بعد ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة عظيمة جدا وظهور اعراض الضعف والشلل العمومي الناشئين عن ذلك وكانت تستعمل سابقا في مثل هذه الاحوال الجواهر المنبهة الشديدة مع النجاح احيانا بحيث يمكن تجنب وقوع الشلل الذي كان مهددا بالحصول غير ان أغلب المرضى كان يهلك بهذا

الشكل ولو مع استعمال كربونات النوشادر الذى كان يعتبر نوعيا فى القرمزية الخبيثة وفى عصرنا هذا قد دلت التجارب على ان المعالجة بالماء البارد كتغليف الجسم بملاءة مبتلة بالماء أو النطولات الباردة التى مدحها سابقا الطبيب كوربيه وغيره من الاطباء فى معالجة القرمزية الضعفية أو التيفوسية ناجحة جدا وكذا الحمامات الباردة وأيد ذلك النجاح العظيم طريقة الايدروباتيين اذ بهذه الطريقة تعالج الحمى القرمزية مع غاية النجاح وفى الحقيقة هذه الواسطة العلاجية من الوسائط العظيمة التى اكتسبها علم المعالجة فى احوال الحميات القرمزية الخبيثة خصوصا اذا كانت بسيطة أى غير مصحوبة بتغيرات موضعية ثقيلة بل لا يمكن تعويضها بطريقة الطبيب شلبن وهو دلك الجسم فى الاسابيع الثلاثة الاول بالشحم مرتين كل يوم ومرة واحدة فى الاسبوع الرابع ولو ان هذه الطريقة تحدث بعض راحة عند المرضى ولا يمكننا بت الحكم بان كان صب الماء البارد على الجسم فى حوض افضل من تغليفه اى لفه بملاآت مبتلة ام لا وعلى كل حال فكلا هاتين الطريقتين ينتج عنه تناقص عظيم فى درجة حرارة الجسم فيلزم اعادة استعمال احداهما كلما ارتقت حرارة الجسم الى درجة عظمى ثانيا وظهرت اعراض الضعف وينبغى تكرار لف الجسم بالملا آت المبتلة من ثلاث مرات الى ستة فى كل عشر دقائق اوربع ساعة ثم يوضع المريض فى فراشه مع الراحة الى ان يحتاج الحال لتكرار هذه العملية ثانيا وفى اوربا يندر ان يجد الطبيب من يمنعه من العوام فى الطب العملى ممانعة عظيمة فانهم علموا نجاح طريقة معالجة القرمزية بالماء البارد من الاطبا الايدروباتيين

﴿تنبيه﴾ لا يكاد الطبيب فى بلادنا يجرى هذه الطريقة بسهولة عند العوام لعدم معرفتهم بالنتيجة الايدروباتية المذكورة سيما وقد تسلطن على عقولهم ان تأثير البرد والغسل بالماء البارد وما اشبه ذلك مضر جدا فى الامراض الطفحية على العموم لاسيما فى الحصبية والقرمزية وما ماثلهما فان وجد الطبيب احيانا ممانعة فى ذلك من العوام اولم يتيسر له ذلك وجب عليه ان يوصى باستعمال سلفات الكينا او حمض الصوفصافيك اوصفصفات الصودا بمقدار عظم مناسب لسن المريض بل يجوز استعمال هذه الجواهر الدوائية مع المعالجة بالماء البارد متى كانت درجة الحرارة مرتقية الى درجة

عليه وفى الاحوال الخبيثة الضعفية التى فيها لاتنجح الوسائط المذكورة اخيرا لامانع من استعمال المنبهات القوية لاجل مقاومة الشلل المهدد بالحصول وذلك كركربونات النوشادر والكافور والمسك ولاسيما النبيذ بمقدار مناسب

واعراض الذبحة الخبيثة لايمكن منع تقدمها بواسطة الاستفراغات الدموية والوضعيات الباردة الموضعية انما استعمال قطع صغيرة من الجليد يتركها المريض تذوب فى فمه له تأثير جيد فى مثل هذا المرض كما يحصل ذلك فى غير هذا الشكل من الالتهابات الحلقية الشديدة وبعد انقذاف المتشكريشة وظهور القروح الغير الجيدة اللون ينبغى استعمال معالجة موضعية قوية جدا فيمس الحلق بمحلول مركز من نترات الفضة كل يوم (درهم منه على أوقيتين من الماء أعنى أربعين ديسى جراما على ستين جراما من الماء) ويغمس فى هذا المحلول اسفنجة مثبتة على قضيب مرن من شنب القيطس وينبغى كذلك حقن باطن الانف بمحلول خفيف من نترات الفضة (خمس قمحات الى عشرة على أوقيتين من الماء أى ٣ ديسى جرام الى ستة على ستين جراما من الماء تقريبا) فانه قد يشاهد من هذه المعالجة نجاح عظيم بحيث ان بعض الاطفال المتقدمين فى السن يقبلون هذه المعالجة الثقيلة من نفسهم ويرغبون فى استعمالها بدون تكرة ولا اجبار لما يحصل لهم من الراحة الواضحة - والذبحة المخبرية الليفية اعنى السعال الديكى متى صاحبت الذبحة الحلقية الخبيثة تستدعى استعمال المقيئات ومس فوهة المزمار بمحلول نترات الفضة

وأما التهاب العقد الليمفاوية العنقية وارتشاحها هى والمنسوج الخلوى العنقى المحيط بها فليس لنا قدرة عظيمة على تحليلها فان كلا من الاستفراغات الدموية الموضعية وتأثير البرد والوسائط المنبهة والمحللة والضمادات ليس له تأثير فى تحليل هذا الورم الصلب الغير المؤلم المغطى بجلد سليم تبعا التجاربنا وانما متى اتضح فى هذا الورم تقيح فيما بعد واحمر الجلد المغطى له جاز استعمال الضمادات الفاترة - ومتى اتضح التموج وجب استفراغ القيح لاجل تجنب حصول موت المنسوج الخلوى والاجزاء

المرتشحة عقب ضغط الصديد عليها ـ وأما معالجة الالتهاب الكلوى الليفى فقد سبق الكلام عليه عند شرح أمراض الكلية وكذا معالجة الاستسقاء اللحمى القرمزى فقد تقدمت هناك وأما معالجة الاستسقاء اللحمى البسيط القرمزى أى الغير المصحوب ببول زلالى فيكتفى فى شفائه تبعا لتجاربنا بالمعالجة المعرقة اعنى اعطاء الجواهر المعرقة من الباطن واستعمال الحمامات البخارية من الظاهر

﴿المبحث الثالث﴾

(فى الوردية)

الطفح الوردى واقع فيه اشتباه عظيم الى وقتنا هذا واختلف فيه الاطباء اختلافا عظيما فقال بعضهم لاسيما الشهير هبرا ان الوردية لاتوجد كمرض قائم بنفسه بل زعم انها تكون احيانا أشكالا خفيفة من الحصبة بدون الاعراض النزلية أو تكون مصحوبة باشكال خفيفة منها أو انها اشكال خفيفة من الطفح القرمزى أو أشكال من الانجرية والاطباء التابعون لمذهب شونلين يعتبرون الوردية شكلا متوسطا بين الحصبة والقرمزية فيعنون بالوردية القرمزية نوع الحمى القرمزية التى فيها يكون للطفح مشابهة عظيمة بالطفح الحصبى بخلاف الحمى الشديدة والاصابة الحلقية والاستسقا اللحمى التابعى فانها تكون كما فى القرمزية وأما الوردية الحصبية فتعتبر شكلا من الحصبة فيه يكون الطفح مختلطا شبيها بطفح القرمزية بخلاف الاصابة المرضية للغشاء المخاطى للقناة الهوائية فان ذلك يدل على الطبيعة الحصبية للمرض وقد تسمى الوردية فى بعض جهات أوربا بالحصبة وبالجملة فكثير من الاطباء لاسيما فى العصر المتجدد من يعتبر الوردية مرضا تسمميا نوعيا قائما بنفسه لاسيما المعلم توماس فانه ارتكانا على مشاهداته فى الاوبئة الاخيرة تحقق له نوعية هذا المرض وانفراده فالوردية تكون طبقا لهذه الاعتبارات المستجدة مرضا وبائيا نادر الحصول له مشابهة عظيمة بالحصبة ولذا ان اوبئته كانت تختلط باوبئة هذا المرض الاخير ومع ذلك فالوردية مرض أخف من الحصبة بل هو أخف جميع الامراض الحمية الطفحية الحادة وظواهرها وان كانت تشابه الحصبة مشابهة تامة

بالنسبة لادوار المرض والتغيرات التى تشاهد فى الجلد والاغشية المخاطية الا ان اعراضها تظهر بشدة خفيفة عما فى الحصبة وكذا مدتها قصيرة وحركتها الحمية تكون خفيفة يومية بحيث ان كثيرا من المرضى لا يلتجئ للمكث فى الفراش والاطباء القائلون بان الوردية مرض نوعى قائم بنفسه وان لم يمكن ان مشاهدة هذا المرض الطفحى فى حالة منفردة لا يمكن بها تمييزه عن الحصبة يسهل لهم اجراء التشخيص مع الدقة عند تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا فان بجميع الاحوال تكون ذات وصف خفيف مالم تكن الحصبة متسلطنة فى آن واحد وزيادة على ذلك ان الاطفال التى نجت من الحصبة لا تكون مصانة عن الاصابة بالوردية ولذا كان من الجائز ان كثيرا من المشاهدات يقضى بان بعض الاطفال قد تصاب بالحصبة مرتين متعاقبتين مبنى على خطأ وعدم تمييز الحصبة عن الوردية اللتين كثيرا ما يتسلطنان مع بعضهما او احداهما بعد الاخرى

وانذار الوردية جيد جدا ومعالجتها شبيهة بمعالجة الاحوال الخفيفة من الحصبة

﴿المبحث الرابع﴾
(فى الجدرى)
(كيفية الظهور والاسباب)

الجدرى مرض لا يسرى الا بواسطة العدوى واقل ما هنالك ان انتشاره بكيفية أخرى وظهور السم الجدرى ظهورا ذاتيا أى أوليا امر مشكوك فيه للغاية فان اتيان العدوى من شخص الى آخر ثبت فى جميع الاحوال التى فيها يسهل البحث عن ذلك والسم الجدرى الذى ليس معلوما لنا الا بخواصه يوجد فى متحصل البثرة الجدرية وفى تصاعدات المرضى ويؤيد ذلك نجاح التلقيح بواسطة متحصل البثرة من جهة ومن جهة أخرى العدوى التى تكاد تحصل فى غالب الاحوال بدون ملامسة المرضى المصابين بالجدرى مباشرة وأقوى تأثير السم الجدرى يكون فى الزمن الذى يكون فيه متحصل البثرة الصافى يبتدئ فى التكدر ويظهر أن السم الجدرى ليس منحصرا فى دم المرضى المصابين بالجدرى ولا فى افرازاتهم

وذلك لان التلقيح بتلك السوائل لم ينجح ثم ان هـذا السم ثابت مستعص فلا ينفسد بالتجفيف ويتشبث بمواد كثيرة توجد فى الهواء المحيط بالمرضى المصابين بهـذا الداء و يستمر سنين عديدة مادام محفوظا عن الهواء المطلق ولا يوجد الاسم جدرى واحد عنه تنشأ الاشكال الثقيلة وهو الجدرى والاشكال الخفيفة منه وهو الجديرى فان حصل لشخص عدوى من شخص آخر مصاب بالجديرى امكن ان يظهر عنده الجدرى الحقيقى بأقوى شدته وبالعكس ثم ان اختلاف تأثير السم الجدرى وبعبارة أخرى اختلاف شدة الظواهر المرضية يظهر أنه ناشئ عن كثرة استعداد الشخص المعرض للعدوى بالجدرى أو قلته فان الاستعداد الشخصى يختلف باختلاف الاشخاص والازمنة ففى الاعصر المتقدمة كانت توجد اشخاص لم يكن عندهم أدنى استعداد للاصابة بالجدرى فكانت تتعرض له ولا تصاب به واشخاص أخرى كان يوجد عندهم استعداد قليل جدا بحيث لا يصابون الا بالاشكال الخفيفة منه أعنى الجديرى وغيرهم يوجد عندهم استعداد عظيم جدا وهو الاغلب لقبول السم الجدرى والتأثر منه فيصابون بالاشكال الثقيلة منه أعنى الجدرى الحقيقى ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا الداء الذى يصيب جميع الاشخاص سليمة أو مرضى صغيرة فى السن أو كبيرة (بل والجنين فى بطن أمه) ذكورا أو نساء يكاد ينطفى بدون استثناء بعد أول اصابة بالجدرى مدة الحياة ومثل ذلك فى التأثير بالنسبة للاستعداد فى الاصابة بالجدرى الطبيعى يقال كذلك فى التلقيح الصناعى أعنى احداث الجدرى البقرى بالصناعة اذ بذلك كثيرا ما ينطفئ الاستعداد للاصابة بالجدرى الحقيقى مدة الحياة وعند اشخاص أخرى قد يعود هذا الاستعداد ثانيا بعد بعض سنين الا أنه يندر أن يصل الى درجة عظيمة جدا بحيث ان مثل هؤلاء الاشخاص متى تعرضت للعدوى بالسم الجدرى تصاب بالاشكال الثقيلة من هذا المرض وحيث ان اغلب الاشخاص الآن يقع لها الجدرى البقرى فى سن الطفولية يتضح بسهولة قلة عدد الاصابات جدا بالجدرى الحقيقى عما كان يشاهد فى الزمن السابق قبل اختراع التلقيح بالجدرى البقرى وكان الاستعداد للاصابة بالجدرى

الطبيعي الذي يعود بعد التلقيح بالجدري البقري يندر ان يرتقي الى درجة عظيمة يتضح أيضا ان أوبية الجدري التي تحصل في زمننا هذا تكون خفيفة (أعني جديريا) وتغلب على الاشكال الثقيلة من هذا المرض أعني الجدري الحقيقي بخلاف ما كان يحصل في الزمن السابق فان الاشكال الثقيلة من هذا المرض كانت أكثر حصولا جدا من اشكاله الخفيفة ـ ثم ان تأثير السم الجدري أو الاستعداد للاصابة به قد يرتقي ارتقاء عظيما في بعض الازمنة وفي بعض الحال بدون أسباب معلومة فتنشأ أوبية جدرية وهذا الوباء يحصل عادة في فصل الصيف وقد يحصل في فصول أخرى وزمن هذه الاوبية يختلف ويتصف تارة بالخبث وتارة بالـ ودة بحيث يكون سيره حميدا وليس لنا قدرة على توجيه هذه الاختلافات

﴿ الصفات التشريحية ﴾

التغيرات التشريحية التي تظهر في الجلد بعد تسمم الجسم بالسم الجدري هي عبارة عن التهاب جلدي سطحي له ميل عظيم للتقيح وفي الاشكال الخفيفة من هذا المرض يتكون القيح من أخلية شبكة ملبيجي فقط وأما في اشكاله الثقيلة فان هذا التغير يمتد الى جوهر الجلد فيتهتكه ويخلف ذلك فقد جوهر على هيئة ندبة القحامية وفي هذه الحالة الاخيرة يخلف هذا المرض أثر واضح على الجلد وهي الاثر الجدرية ويظهر ان الاوبية الخبيثة التي حصلت في الزمن الاخير في المانيا لم يحصل فيها تهتكات غائرة في الجلد بكثرة كما كان يحصل ذلك في الاوبية السابقة

ثم ان الالتهاب الجلدي الجدري ويبتدئ باحتقان محدود في الجلد يمتد الى جميع سمكه حتى يصل الى المنسوج الخلوي تحته ـ وعما قليل من الزمن يصير هذا الاحتقان محدودا بحيث يكون حلمات سطحية صلبة وان امتد التغير فيها (وذلك لا يحصل في جميع البثرات الجدرية) ارتفعت الطبقة البشرية من الجلد على هيئة حويصلية ممتلئة بنضح التهابي ويحصل هذه الحويصلات الذي يكون في الابتداء صافيا يتعكر عما قليل باختلاطه بالجسيمات القيحية وبتكوين أخلية جديدة من الشبكة الملبيجية وبذلك تستحيل الحويصلات الى بثرات ويوجد في البثرات الجدرية زيادة عن النضح

السائل المختلط بالجسيمات القيحية و بالاخلية المنتفخة لشبكة ملبيجي المكونة حول دائرة البثرة الجدرية حوية ثخينة مستديرة جوهر ذو هالات رفيق جدا ناشئ عن الاخلية القديمة لشبكة ملبيجي المنضغطة بواسطة التفخ وعن الاخلية المركزية للامتدادات البشرية الممتدة بين الحلمات الجلدية وهذا الجوهر يمتد في الجزء المتوسط من البثرة الجدرية و يكسبها التركيب الخلوي أي ذا الهالات ثم ان لم يمتد الالتهاب الجدري الى الحلمات الجلدية حصل فيها تفرطح من ضغط البثرة الجدرية عليها وفي مثل هذه الاحوال تجف البثرات الجدرية بسرعة ثم يتكون تحت القشرة طبقة بشرية جديدة ومتى تم تكوينها سقطت القشرة وأحيانا قد يبقى في محل هذه البثرة انبعاج خفيف جدا الذالم يعد تفرطح الحلمة ثانيا و ينعكس ذلك اذا امتد الالتهاب للحلمات الجلدية وحصل فيها نضج قيحي وتلاشت تبعا لذلك فانه في مثل هذه الاحوال يستحيل متحصل البثرة الجدرية الى مادة صديدية سميكة باختلاطه بالاخلية القيحية التي تزداد شيأ فشيأ وبالاجزاء المتلاشية من الحلمات نفسها وكذا امتلاء البثرات الجدرية وتوترها يزداد بحيث ان الانبعاج المركزي السطحي الذي يشاهد في كثير من البثرات الجدرية الغير واضح الحصول الى الآن (المسمى بالسرة الجدرية) يزول أيضا والبثرات الجدرية قد يتفجر بعضها فيسيل متحصلها وقد يجف البعض الآخر وحينئذ يتكون فيها قشرة وذلك لان الجزء المركزي هو الذي يجف ابتداء والقشرة المتكونة تسقط فيما بعد فيخلفها أثرة ندبية منبعجة يوجد في قاعها فوهات الاجربة العديمة الشعر المتمددة

ثم ان كلا من اختلاف انتشار الجدري وشكله ادى لتنوعه الى أنواع على حسب كونه يوجد بين البثرات الجدرية مسافات سليمة من الجلد فتبقى منعزلة عن بعضها او يلامس بعضها بعضا بحوا فيها أو تختلط ببعضها مكونة لحويصلات عمومية وبذلك يتميز الجدري الى جدري متفرق ومتقارب ومختلط ـ والجدري الذي يبقى واقفا في الدور الاول بحيث لا تستحيل الحلمة المفرطحة فيه الى بثرة صغيرة يسمى بالجدري الحلمي وأما

الجدرى الليمفاوى أو المصلى فهو عبارة عن بثرات جدرية لا يصير متحصلها مصفرا قيحيا بل يكون على هيئة سائل قليل التعكر - وأما الجدرى الاسود فهو الذى يصير متحصله كثير الاحمرار أو قليله أو مسودا بسبب اختلاطه بقليل من الدم وأما الجدرى الهوائى أو الانفيز يماوى فهو عبارة عن شكل ينتص متحصله وتبقى البثرة على هيئة غلاف فارغ - والجدرى الغنغرينى عبارة عن الجدرى المصحوب بغنغرينا فى الجلد وسيلان مادة صديدية كريهة الرائحة

وعند تشريح الهالكين بالجدرى وان كان لا يوجد طفح جدرى فى الاغشية المخاطية يوجد فيها أثر تغيرات التهابية مع نضح دموى وقد وجد فى كل من الكبد والكليتين والجوهر العضلى من القلب وغيره من الاعضاء العضلية استحالات شحمية ممتدة

﴿الاعراض والسير﴾

لا يوجد فى دور التفريخ للاشكال الخفيفة من هذا المرض بل ولا الثقيلة منه ظواهر مرضية فانه عقب تلقيح الجدرى وان ظهر بعض تغيرات فى محل التلقيح فى اليوم الثالث الا ان الحالة العامة للمريض تبقى غير مضطربة ولا يظهر عنده ادنى علامة تدل على انتشار السم الجدرى حتى ينتهى تكون البثرة الجدرية الملقحة فى اليوم التاسع وبذلك ينتهى دور التفريخ وحينئذ تظهر حمى الطفح يعقبها ظهور بثرات جدرية على باقى اجزاء الجسم وغيرها من علامات التسمم الجدرى العمومى ومدة تفريخ الجدرى الذى لم يكن ملقحا تستمر من اثنى عشر يوما الى ثلاثة عشر تبعا للمشاهدات برنسنبرغ وسمسن وسنتكلم ابتداء على اعراض الاشكال الثقيلة وسيرها من الجدرى الحقيقى ثم على أشكاله الخفيفة وهو الجديرى فنقول

أما الدور الاول من الجدرى وهو دور الهجوم فانه يبتدئ بقشعريرة أو جملة قشعريرات متكررة يعقبها الاحساس بحرارة مستمرة فى الجسم ويصير النبض قويا سريعا وترتفع حرارة الجسم الى درجة عظيمة بحيث تصل الى درجة ٤١ أو ٤٢ سنتيمترية ويحمر الوجه وتقوى ضربات الشرايين السباتية ويحصل عطش شديد للمريض وفقد فى الشهية ويشتكى بألم شديد فى الرأس

ودوار وضعف عظيم واحساس بتكسر فى الاطراف وضغط وضيق فى القسم الشراسيفى ويكون اللسان مغطى وطعم الفم عجينيا وكثيرا ما يحصل غثيان أوقئ واحيانا رعاف شديد و يكون النوم مضطربا متقطعا باحلام مزعجة و بعض المرضى يقع فى الهذيان ولا يندر أن يشاهد عند الاطفال تقلصات عضلية جزئيـة وصكيك فى الاسنان أو تقع فى حالة تنعس يتقطع زمنا فزمنا نوب تشنجات عامة وهـذه الحمى الشديدة والاضطراب العام الثقيل جدا وان لم يصطحبا بتغيرات خاصة فى الاغشية المخاطية بحيث يستدل منها على نوع المرض التممى الموجود كما يحصل ذلك فى الحصبة أو القرمزية الا أنه ينضم لهذه الظواهر آلام شديدة جدا فى القطن والظهر بحيث يمكن بذلك الحكم على تشخيص الجدرى ولو تقريبيا سيما عند وجود أحوال جدرية منتشرة بقرب محل المريض والى الان لم يحكم بالقطع ان كانت هذه الآلام القطنية الظهرية الواصفة لدور الهجوم من الجدرى ناشئة عن الضغط الذى يعترى الاعصاب الشوكية عند خروجها من القناة الفقرية بسبب تمدد الضفيرة الوريدية المحتقنة أو ناشئة عن احتقان الكليتين العظيم الذى قال به الطبيب بسير وكل من الحمى والاضطراب العمومى المصاحب لهما يرتقى فى اليوم الثانى والثالث الى درجة عظيمة مع انحطاط قليل صباحا وتشتد حتى تصل فى مساء اليوم الثالث الى أعلى الدرجات وبالجملة فان شدة ظواهر الهجوم تكون على حسب نسبة انتشار الطفح التابع لها وان كلا من الحمى الشديدة والاضطراب العمومى الثقيل يعقبه جدرى مختلط ومع ذلك فهذه النسبة ليست دائمة فانه فى بعض الاحوال قد يعقب دور الهجوم الثقيل طفح جدرى خفيف كما أنه فى أحوال أخرى قد يعقب دور الهجوم الخفيف طفح جدرى مختلط ويندر أن نشاهد اختلافات فى مدة دور الهجوم وأندر من ذلك جدا الاحوال التى فيها يفقد هذا الدور بالكلية ويكون ابتداء المرض بالطفح الجدرى نفسه

و يكاد يظهر على الدوام فى أثناء الثورات الثالث من الحركة الحمية أول حلمة جدرية وبذلك يبتدئ الدور الثانى وهو دور الطفح فيشاهد فى الوجه

ظهور نقط محمرة تبتدئ فى الجبهة وحول الفم والاعين وتمتد من هذه الاصقاع
بسرعة الى باقى اجزاء الوجه وان كان الطفح غزيرا شوهدت هذه النقط
المحمرة قريبة تختلط ببعضها فى بعض الاجزاء مثل النكت الحصبية فينشأ
عن اختلاطها احرار مستو فى الوجه وانتفاخ محبب فيه وان كان الطفح
متفرقا كانت الحلمات بعيدة عن بعضها ومنفصلة بمحلات سليمة من الجلد
كثيرة الاتساع أو قليلته وفى اليوم الثانى يمتد الطفح من الوجه الى العنق
والصدر والظهر وفى اليوم الثالث يمتد الى الاطراف وعدد الحلمات فى
الجزع والاطراف يكون أقل منه فى الوجه بحيث ان الطفح الجدرى وان كان
مختلطا فى الوجه يكون متفرقا فى الجزع والاطراف أو غاية ما هنالك يكون
متقاربا ومن هذه النكت الدقيقة تنشأ حلمات هرمية منقطعة القمة
تستحيل فى اليوم الثانى أو الثالث الى حويصلات ثم الى بثرات فى اليوم الرابع
والخامس بان يصير متحصلها متعكرا قيحيا وكما ان الطفح الجدرى يتأخر
حصوله فى الاطراف كذلك نضجه يتأخر هنا أيضا فتستحيل حلمات الوجه
الى حويصلات بل ان متحصلها يبتدى فى التعكر فى أثناء ما تبتدئ الحلمات
الاولية الجدرية فى الاطراف وتظهر - والطفح الجدرى يظهر فى آن واحد
فى الاغشية المخاطية كما يظهر على الجلد غير أنه لا يلتفت لها الا فيما بعد فانه
فى الابتداء لا يظهر لها اعراض ثقيلة والطفح الجدرى فى الفم ينشأ عنه تلعب
وعسر فى الازدراد ان كان مجلسه البلعوم وأما الطفح الجدرى الذى مجلسه
المسالك الهوائية فينشأ عنه بحة الصوت والسعال والذى مجلسه الملتحمة ينشأ
عنه تدمع وفزع من الضوء - ثم ان كلا من الحمى وألم القطن والظهر الشديد
جدا وباقى الاضطرابات العامة الثقيلة التى ترتقى الى اشد درجتها نحو انتهاء
دور الهجوم تنحط على الدوام عند ظهور الطفح ويزداد انحطاطها شيأ فشيأ
فى أثناء انتشار الطفح على الجزع والاطراف انحطاطا تدريجيا بحيث تزول
بالكلية نحو انتهاء دور الطفح ولذا تكون المرضى فى حالة انتعاش وتظن ان
ثقل المرض قد مضى - وفى أحوال الجدرى المختلط يكون سير دور الطفح
عادة قصيرا والطفح ينتشر بسرعة على جميع سطح الجسم وتتحصل البثرات
بتقيح بسرعة والوجه يظهر عقب اختلاط البثرات ببعضها كأنه مغطى

بفقاعة ممتلئة بالقيح وكذا اصابات الاغشية المخاطية التي لاينتج عنها اعراض ثقيلة في الجدري المتفرق في هذا الدور ينتج عنها عكس ذلك في هذا الزمن ظواهر مرضية ثقيلة جدا كالتلعب الشديد وعسر الازدراد العظيم والسعال المشابه للسعال الديكى والفزع العظيم من الضوء وتعسر التبول المصحوب بآلام شديدة جدا في الاعضاء التناسلية الظاهرة — والحمى الشديدة والاضطرابات العامة الثقيلة تنحط كذلك في دور طفح الجدري المختلط لكن انحطاطهما يكون قليلا فان الحمى لاتزول بالكلية كما في الجدري المتفرق ولا يظهر في انتهاء هذا الدور حالة انتعاش وراحة مثل ما في الجدري المتفرق

وأما الدور الثالث أعني دور التقيح أو دور النضج فانه يبتدئ في اليوم السادس بعد ابتداء ظهور الطفح وفي اليوم التاسع من ظهور الاعراض الحمية الابتدائية فالبثرات الجدرية يعظم حجمها وتحدب من الاعلى فتكتسب شكلا نصف كرى وعند وخزها يسيل متحصلها المتكون من قيح كثيف دفعة واحدة وذلك لان الحواجز الكائنة في باطنها التي لاتسمح الا بسيلان جزء من متحصل البثرات الجدرية عند وخزها تكون قد زالت والجلد في محيط البثرة الجدرية ينتفخ انتفاخا عظيما ويكتسب لونا أحمر دا كنا مكونا الهالة مختلطة بالهالة التي بجوارها ولو في الجدري المتفرق وكل من الاحمرار والانتفاخ يصير منتشرا فتكون المرضى في حالة مفزعة وتشتكى بآلام شديدة توترية أو نابضة في الجلد المغطى بحويصلات قيحية ذات لمعان وكثيرا ما تتمزق البثرات الجدرية فينسكب متحصلها على سطح الجلد ثم يستحيل الى قشور مصفرة في الابتداء ثم مسمرة فيما بعد والبثرات الجدرية الكائنة على الجذع والاطراف لاتعتريها هذه التغيرات الا بعد يوم أو يومين متأخرة عن البثرات التي في الوجه — وينضم لكل من الآلام والمشاق الناشئة عن الالتهاب الجلدى الشديد في دور التقيح ظواهر مرضية متعبة جدا من جهة الاغشية المخاطية المغطاة بالطفح الجدري فيسيل اللعاب من الفم بدون انقطاع ويتعذر الازدراد وتنسد طاقتا الانف وينطفئ الصوت ويصير السعال متعبا للغاية ذا صوت أبح ويحصل حرقان عظيم وفزع من الضوء ولو الخفيف

في الاعين

فى الاعـين المغطاة بمادة مخاطية قيحية وكل من الآلام المحرقة التوترية فى الاعضاء التناسلية الظاهرة وعسر التبول يصل فيما بعـد الى أشد درجة ارتقائه فان الطفح الجدرى يمتد متأخرا الى الفرج والمهبل وقناة مجرى البول بحيث ان هذه الظواهر تظهر بعـد انحطاط كل من التلعب وعسر الازدراد وظواهر الالتهاب الحنجرى ـ والحمى التى تـكون قد تلطفت مدة دور الطفح أو زالت بالـكلية تثور فى دور التقيح أو ترجـع بنوب قشعريرات متكررة وحمى دور التضج تسمى بالحمى التابعية أو بحمى التقيح والذى يظهر فى الحقيقة ان هـذه الحمى التـابعية ليست ناشئة عن التسمم الجدرى بل عن الالتهاب الجلدى الجدرى فـكلما كان هـذا الالتهـاب شديدا كانت هذه الحمى أشد درجـة فعند ارتقائه الى اشد درجته ترتقى الحمى كـذلك الى اشد درجتهـا كما ان تناقص الاحمرار والانتفاخ الجلديين وزوالهـما يصطحبان بتناقص الحمى التقيحية وزوالها أيضا ـ وقد تـكون حمى التقيح عند كثير من المرضى المصابين بالجدرى شديدة الخطر وذلك لان حرارة الجسم فيهـا ترتقى الى درجة عظمى بحيث تطرأ ظواهر الضعف والانحطاط العظيمين ويعقب ذلك شلل عمومى مهلك (وهـــــذا ما يسمى بالجدرى الضعفى أو العصبى أو التيفوسى) وقد ينضم لاعراض الضعف فى مثل هذه الاحوال اعراض سوء القنية الدموى الحاد كما بينا ذلك عند شرح الحصبة والقرمزية الضعفيين فيصير متحصل البثرة الجدرية دمويا وتظهر لطخ كدمية بين البثرات وبعضها وينضم لذلك انزفة غزيرة من الانف أو نفث دموى أو نزيف شعبى أو رحمى وهو نادر (ويسمى بالجدرى الدموى والعفن) وفى أحوال نادرة قد يرتقى التهاب الجلد الجـدرى فى أثنـاء دور النضج عند حصول ظواهر الضعف الى حالة غنغرينية جزئية فى المنسوج الملتهب فينشأ عن ذلك غنغرينة جلدية وتمتلئ البثرات الجدرية بقيح متغير اللون ومثـل هؤلاء المرضى يكاد يهلك بدون استثنـاء باعراض الضعف الشديد الحاصل بسرعة (وهذا ما يسمى بالجدرى الغنغرينى) وبقطع النظر عن ظواهر الضعف التى تؤدى اليهـا درجـة الحمى الشـديدة وظهور سوء القنية الدموى أو الغنغرينة الجلدية الـتى بها يتقدم حصول الشلل والهـلاك فان دور نضج الجـدرى يهـدد أيضا حياة

المريض بسبب المضاعفات الكثيرة التى تعقب الجدرى فى الاغشية المصلية وبعض الاعضاء الحشوية وبسبب ارتقاء اصابات الاغشية المخاطية الى درجة الالتهابات الليفية والدفتيرية ففى كثير من الاحوال يدل عسر التنفس وألم الجنب والسعال المؤلم والنفث المدمم والعلامات الطبيعية لتكاثف الرئتين على طرة الالتهاب الرئوى وفى أحوال أخرى قد ينضم لاعراض دور نضج الجدرى ظواهر الالتهاب البلوراوى المحسوسة للمريض والمدركة للطبيب وفى أحوال أخرى قد تتغير حالة المرضى تغيرا مختلفا بظهور اعراض الالتهابات التقيحية فى المفاصل أو فى سمحاق العظام أو الخراجات تحت الجلد أو بين العضلات أو التهاب العقد الليمفاوية وتقيحها أو تقيح الاعين الذى كثيرا ما يبتدئ بخراج الحزانة المقدمة أو باعراض الالتهاب الشاموري أو السحائى أو التسمم القيحى الناشئ عن انتشار القيح ثم ان الجدرى المختلط هو الذى فى دور نضجه تكتسب الحمى صفة الضعف وتحصل فيه اصابات موضعية خطرة فى الاعضاء الباطنة فان الطفح الجدرى فى الشكل المختلط من هذا المرض سيما فى دور نضجه كثيرا ما يتضاعف بالتهاب حنجرى ذى غشاء كاذب أو بأوذيما المزمار ولذا ان الجدرى المختلط يعتبر شكلا خبيثا من هذا المرض بحيث يؤدى لفظ جدرى مختلط وجدرى خبيث الى معنى واحد

وأما الدور الرابع أعنى دور الجفاف فانه يبتدئ فى اليوم الحادى عشر أو الثانى عشر فينفجر جزء من البثور الجدرية الباقية على حالتها وينسكب متحصلها ويجف على هيئة قشور رخوة مصفرة تصير فيما بعد صلبة مسمرة وبقية البثور يفقد توتره العظيم وتكتسب فى الوسط لونا مسمرا ثم تجف وتهبط و يكتسب فيما بعد كل من متحصل البثرة الجدرية وغلافها هيئة خشكريشة مستديرة وكلما امتد تكون القشور بهتت الاجزاء المحيطة بالبثرة الجدرية وزال انتفاخها وتعود المرضى الى هيئتها الاصلية وتزول الآلام التوترية للجلد و يحل محلها اكلان متعب بحيث لا يمكن المرضى الامتناع عن الاحتكاك بقوة وفى هذا الدور يتضح بالكلية ان البثور الجدرية المنتشرة على الاطراف يكون حصولها متأخرا عن التى فى

الوجه فانه فى هذا الزمن الذى فيه يبتدئ زوال التوتر الجلدى المؤلم للوجه وتغيير هيئته أو يكون قد زال بالكلية تشتكى المرضى بآلام شديدة غير مطاقة فى اصابع اليدين والقدمين المتفخة انتفاخا عظيما وسقوط القشكريشة يحصل بكيفية غير منتظمة فالمحلات التى فيها لم يحصل تقرح فى الجلد لا تبقى القشكريشات فيها زيادة عن ثلاثة أيام الى أربعة وأما المحال التى حصل فيها تقرح عميق فى الجلد فتبقى القشور متشبثة بها زمنا طويلا وحيث ان التقيح يمتد فى العمق تكتسب هذه القشور سماكة عظيمة وتصير قرنية وبعد سقوط القشور السريع تبقى محلات الجلد التى سقطت منها منتفخة قليلا ثم يبهت لونها شيأ فشيأ وتتسطح ولا يبقى للجدرى أثر أو يخلفه انبعاجات قليلة وأما فى المحلات التى بقيت فيها القشور متشبثة زمنا طويلا فانه يخلف سقوطها ندب التحامية عميقة ذات حواف مشرذمة وقاع منقط غير منتظم وهذه الندب الالتحامية تكون فى الابتداء محمرة ثم تكتسب فيما بعد لونا مبيضا واضحا يستمر طول الحياة ومع انتقاع لون الجلد وزوال انتفاخه تزول الظواهر المرضية التى نشأت عن الطفح الجدرى المنتشر على سطح الاغشية المخاطية فيزول كل من التلعب وعسر الازدراد وبحة الصوت والسعال والفزع من الضوء وعسر التبول

وفى ابتداء دور الجفاف تكون الحمى مستمرة قليلا (وهى حمى الجفاف) لكن كلما امتد تكون القشور تناقصت الحمى وصار النبض هاديا وتغطى الجلد بقليل من العرق وحصل راسب فى البول وعادت الحالة العامة الى حالتها الطبيعية ـ وفى أحوال الجدرى المختلط الذى يمتد فى الاتساع والغور بحيث يحدث تمددا عظيما فى الجلد يتكون فى دور الجفاف قشور مسمرة سميكة تغطى الجلد كتغطيته ببرقع سميك وقد تنشأ احيانا تشققات عميقة فى هذه القشور من استمرار التقيح اسفلها فيسيل منها القيح زمنا فزمنا ثم تسقط فيما بعد هذه القشور ولا يخلف ذلك أثر ندبية مستديرة كما فى الجدرى المتفرق بل يخلفها فقد جوهر فى الجلد يمتد غير منتظم وفى مثل هذه الاحوال كثيرا ما تتكون ندب التحامية تنكمش انكماشا عظيما كما يحصل ذلك عقب حرق الجلد فيحدث عنه أثر ندبية واشرطة لجية ينشأ عنها تشوه فى الاعضاء

عظيم وتغير فى سحنة المريض وذلك كالشطرة الخارجة وتحول زاوية الفم ونحو ذلك من التشوهات التى بها يصير الوجه الذى كان حسن الصورة قبيحا ـ ويتأخر زوال كل من التلعب وبحة الصوت والسعال وباقى اضطرابات الاغشية المخاطية الناتجة عن التسمم الجدرى كما ان الاضطرابات الغذائية الثقيلة كالاعضاء المهمة يتأخر سيرها أيضا فى دور نضج الطفح الجدرى المختلط فكثيرا مايتكون فى هذا الزمن خراجات عظيمة تحت الجلد وبين الاضلاع وأورام ثقلية غديدة وغير ذلك من التغيرات الموضعية ولاسيما التسمم القيحى ـ وتبعا لذلك كثيرا ماتكون حمى الجفاف فى الجدرى المختلط شديدة مستطيلة المدة كما يحصل فى الجدرى المتفرق بل وفى الاحوال الجيدة قد يعقب هذا الشكل الثقيل نقاهة مستطيلة

وأما الجديرى فحيث ان اعراضه لاتتميز عن اعراض الجدرى الحقيقى الا باختلاف فى شدة الدرجة فلا نتكلم عليه الا مع الاختصار فنقول ـ دور الهجوم الجديرى يتميز عن دور هجوم الجدرى بقلة شدة الحمى وقصر مدته ومع ذلك فقد توجد أحوال استثنائية فيها لا يعقب دور الهجوم الثقيل المستطيل جدرى حقيقى بل جديرى ومن الواصف لدور هجوم الجديرى ظهور احمرار ابر يماوى فى الجلد ينشأ عنه بقع محمرة متسعة فيه شبيهة بالطفح القرمزى واضحة خصوصا فى النصف السفلى من الجسم فان هذا الاحمرار الابريماوى يندر ان يشاهد فى دور هجوم الجدرى الثقيل وهذا الطفح الابريماوى يسبق ظهور الطفح الجديرى باثنى عشرة ساعة أو أربع وعشرين وأما دور الطفح الذى يبتدئ عادة مع الثوران الثالث للحمى ففيه لاينتشر الطفح بانتظام مثل طفح الجدرى من الوجه الى الجذع ومن الجذع الى الاطراف بل أنه يغاير هذا الترتيب فى الظهور وقليلا ما يكون مقاربا له والطفح ينتهى فى هذا الشكل فى ظرف أربع وعشرين ساعة والبثرات الجدرية فى الجديرى تكون أقل عددا من الجدرى ويندر ان تختلط ببعضها وان اختلطت كان ذلك فى بعض نقط فقط والحلمات الجدرية استحالتها الى حالة الحويصلة تكون سريعة جدا وكذا الحويصلات تستحيل بسرعة الى بثرات وأما شكل الطفح الجديرى نفسه فلا يختلف عن شكل الطفح الجدرى والاغشية المخاطية

تصاب كذلك فى الجديرى فيحصل كل من التلعب وعسر الازدراد وبحة الصوت والسعال ونحو ذلك كما يحصل فى الجدرى ـ والحمى تزول بالكلية بعد انتهاء الطفح فى غالب الاحوال فلا يبقى عند المريض الاضطراب عام ناشئ عن اصابة الاغشية المخاطية ـ وأما دور النضج ففيه يظهر الاختلاف المهم بين الجديرى والجدرى فانه فى هذا الدور يتضح أيضا عظيما ان التهاب الجلد فى الشكل الخفيف من الجدرى أعنى الجديرى يكون سطحيا وغائرا ممتدا فى جوهر الجلد فى الشكل الثقيل من هذا المرض أعنى الجدرى والبثرات الجديرية وان امتلأت فى دور النضج بقيح كثيف وصارت عظيمة الحجم واكتسبت شكلا نصف كرى وانفجرت وانسكب متحصلها نحو الخارج الا أن الهالة المحيطة بها تبقى ضيقة ويقل انتفاخها ولذا ان كلا من توتر الجلد والآلام فيه والتشوه لا يرتقى الى درجة الشدة فى الجديرى التى يصل اليها فى الجدرى وبسبب قلة درجة الالتهاب الجلدى تقل شدة درجة الحمى التابعية بل فى أحوال الطفح الجديرى القليل تفقد الحمى بالكلية فى دور النضج منه وأما الاختلاف بين الجديرى والجدرى فى دور النضج بالنسبة لاصابة الاغشية المخاطية فقليل فانه يوجد كل من الفزع من الضوء وعسر الازدراد وبحة الصوت بدرجة شديدة مثل ما توجد فى الجدرى وأما ظهور التهابات ليفية أى ذات غشاء كاذب أودفتيرية فى الاغشية المخاطية والاصابات الموضعية الجدرى للاعضاء الباطنة فيعد من الاحوال الاستثنائية ـ وأما دور الجفاف فالعادة انه يبتدى فى اليوم الخامس أو السادس بعد ظهور الطفح وقليل من البثرات ما ينفجر بل معظمها يجف مع متحصله فيتكون فى مركزها بقعة سمرة جافة يعظم اتساعها شيأ فشيأ بحيث انها تصل الى دائرة البثرة الجديرية وحينئذ تستحيل الى خشكريشة سمرة وأغلب الخشكريشات يسقط فى اليوم الثالث أو الرابع ويخلف سقوطها اجزاء محمرة بارزة من الجلد ويحصل بعض البثرات قد لا يتكاثف ويجف بل قد يتقص فينفصل عقب ذلك بدلا عن الخشكريشة قشرة رقيقة جافة وهذا يشاهد بكثرة فى البثرات التى تظهر على الاطراف وكما ان بعض البثرات الجدرية فى اثقل اشكال الجدرى يبقى فيها جوهر الجلد مصونا ولا يخلفها

ندب التحامية يوجد عكس ذلك بكثرة فى الشكل الخفيف من الجديرى بثرات جدرية ينشأ عنها فقد جوهر فى الجلد وتخلفها ندب التحامية كما فى الجدرى الحقيقى وان نظرنا لجميع ماذكر وحصرنا الفرق بين الجديرى والجدرى بعبارة مختصرة قلنا يحصل الفرق بينهما بعدة أمور يمتاز بها الجديرى عن الجدرى الحقيقى وهى أولا قصر كل من الادوار ومدة المرض فيه ثانيا نقص درجة الحى التابعية أوفقدها بالكلية ثالثا صون جوهر الجلد من الفساد والتهتك والشفاء بدون ندب التحامية رابعا قلة الموت به فانه فى الازمنة السابقة التى فيها كانت أحوال الجدرى الحقيقى هى المتسلطنة أوتحصل بانفرادها كان يهلك نحو ثلث المرضى أونصفهم فى بعض الاوبئة الجدرية وأما فى هذا العصر الاخير الذى فيه يكاد لا يصاب بهذا المرض الا من كان ملقحا له وفيه بالطبيعة يتسلطن وباء الجديرى عن الجدرى فان حصول الموت قليل جدا حتى يكاد لا يهلك ممن أصيب به أربعة أوخمسة فى المائة

﴿المعالجـــــة﴾

أما المعالجة الواقية فانها تستدعى تلقيح الجدرى البقرى أوتكرار التلقيح به بدون التفات الى ما اعترض به بالنسبة لعملية التلقيح وذلك من اعتبار التقاويم والامور الآتية وهو أنه فى القرن السابق كان يهلك عشر النوع الانسانى بالجدرى (بحيث كان يهلك فى أوروبا كل سنة نحو أربعمائة ألف نفس) والعشر الثانى تعتريه تشوهات عظيمة وانه من منذ اختراع تلقيح الجدرى البقرى تناقص الموت على العموم ولاسيما الموت بالجدرى فانه تناقص تناقصا عظيما ـ ثم انه فى أثناء انتشار وباء الجدرى كثيرا ما تصاب أشخاص بالجدرى الحقيقى ولو كان لقح لها وكان التلقيح فى حالة التزهر والنضج بحيث ان كلا من المرضين يسير مع الآخر بدون ان يؤثرا على بعضهما وهذه الاحوال تثبت ان تلقيح الجدرى البقرى فى أثناء دورتفريخ الجدرى الانسانى ليس له قدرة على قطع سير الاصابة الجدرية التى تكون كامنة فى دور التفريخ وان دورتفريخ الجدرى لا يزيل استعداد قبول الجدرى البقرى بواسطة التلقيح فلاجل تجنب تلقيح الاشخاص الذين يكونون فى دورتفريخ الجدرى الانسانى ينبغى لكل طبيب

تلقيح

تلقيح الاشخاص المنوط بمعالجتهم أو تكرار التلقيح لهم حالا متى ظهر أول علامة تدل على ظهور الجدرى فى المحال المقيمة بها ثم انه فى اثناء تسلطن وباء الجدرى يصاب كثير من الاشخاص بالجدرى الطبيعى ولو لقح لهم بالجدرى البقرى وسار كل من المرضين معا بحيث لا ينوع أحدهما الاخر وهذه الاحوال تدل على ان التلقيح بالجدرى البقرى فى اثناء دور تفريخ الجدرى الطبيعى لا يطفئ ولا يقطع الاصابة الجدرية الكامنة وان دور تفريخ الجدرى الطبيعى لا يزيل الاستعداد انجاح التلقيح بالجدرى البقرى بحيث ان كلا من المعلم سكو وهلير برهن على ان قوة صيانة الجدرى البقرى عن الجدرى الانسانى لا تحصل الا بعد مضى اثنى عشر يوما أو ثلاثة عشر بعد التلقيح ومع ذلك فعلى الطبيب ان لا يترك التلقيح ولا تكراره ولو رأى له ان العدوى حصلت بالجدرى الطبيعى فان هذا الداء وان لم يمتنع حصوله بذلك الا انه يحصل به تلطيف او تنويع فى الجدرى الطبيعى ثم ان الجدرى الطبيعى أى الانسانى الملقح به وان كان سيره عادة خفيفا أو ألطف من الجدرى الطبيعى الذى يحصل بطريق العدوى غير أن الاستثناآت التى شوهد فيها الجدرى الانسانى الملقح اكتسب سيرا خبيثا مهلكا صارت الآن كثيرة العدد جدا بحيث لا يمكن التلقيح بالجدرى الانسانى وصار منع التلقيح به قانونا متبعا سيما وعندنا واسطة جيدة جيدة وهو التلقيح بالجدرى البقرى وزيادة عن عملية التلقيح وتكراره يجب على كل طبيب الاحتراس التام والاهتمام بعزل المرضى المصابين بالجدرى عن الاشخاص السليمين ولو شق ذلك على المرضى وأهلها (وننبه فى مثل هذه الاحوال على ان الاشخاص المنوطين بخدمتهم ينبغى أن يكونوا قد اصيبوا بالجدرى الحقيقى من قبل أو بتلقيح الجدرى البقرى الناجح جدا)

ثم ان معالجة الجدرى الطبيعى لا تكون الا عرضية حيث ان الصناعة ليس لها وسائط علاجية فى قطع سير هذا المرض وليس فى الجواهر النوعية التى قال بها بعضهم كالاكسياول وصبغة السراسينا الوردية وحمض الكربوليك ادنى ثمرة

فيوصى فى دور الهجوم بتدبير صحى غذائى جيد بأن تكون قاعات المرضى

لطيفة الحرارة جدا اعنى درجتها من ١٣ الى ١٤ ريومير وغطاؤها ليس ثقيلا جدا ومشروبها ليس من المنقوعات الحارة كالشاى بل من الماء العذب أو الليمونيات اللطيفة ويوصى لهم بالحمية القاسية وعند وجود اعتقال يوصى باستعمال الحقن المأخوذة من ثلاثة أجزاء من الماء وجزء من الخل وان اضطر الطبيب لاستعمال وسائط علاجية أمر باعطاء بعض الحوامض الملطفة وينبغى له تجنب الفصد بالكلية ولو مع وجود احتقانات شديدة نحو الرأس وامتلاء فى النبض فيمنع من استعمال الاستفراغات الدموية العامة بالكلية التى كانت سابقا كثيرة الاستعمال فى الجدرى الالتهابى بل يقتصر على وضع المكمدات الباردة على الرأس أو غسل الجسم بالماء البارد مع التكرار حسب الصناعة وينبغى تجنب استعمال الكافور وغيره من الجواهر المنبهة التى كانت تستعمل سابقا فى دور هجوم الجدرى ظنا بانها تحدث تواردا دمويا نحو الجلد وتعين على ظهور الطفح وفى دور الطفح ينبغى الاجتهاد فى تجنب ظهور الطفح الجدرى فى الملتحمة وهذه الغاية يمكن الحصول عليها حصولا تاما بالوضعيات الباردة على المقلة أو بواسطة تكرار وضع الرفائد المغموسة فى محلول خفيف من السليمانى (قمحة منه على ست أواق من الماء اعنى خمس سنتجرامات منه على مائة وخمسين جراما من الماء) ولاجل تجنب التهتكات العميقة فى الجلد وحصول ندب التحامية مشوهة يستعمل بكثرة الوضعيات الباردة على الجلد والمركبات الزيبقية وأكثر الوسائط استعمالا لاجل صيانة الوجه هو تغطيته بشمع زيبقى اعنى لصقه ويجوز تركه موضوعا جملة أيام بدون تغييره وذلك بعد فعل فتحات فيه موازية للفتحات الطبيعية فيه والمعلم اسكودا يفضل استعمال المكمدات بمحلول السليمانى من قمحتين الى أربعة على ست أواق من الماء اعنى من واحد ديسيجرام الى اثنين على مائة وخمسين جراما من الماء ووجه تفضيل ذلك انه يقول ان المشمعات الزيبقية ينتج عنها ارتقاء فى حرارة الجزء المغلف بها وهذا غير جيد واما المعلم هبرا فانه يرفض استعمال كل من المشمعات الزيبقية والمكمدات بمحلول السليمانى كما انه يرفض استعمال الكلوديوم

فى تغطية البثرات الجدرية وخزها ومسها بالحجر الجهنمى وسبب رفضه لذلك هو التجارب التى فعلها فى قسم الامراض الجدرية الخاص به حيث انه من منذ تركه لاستعمال الوسائط المذكورة لم يشاهد أن الجدرى يخلفه ندب التحامية أكثر من الزمن الذى كان يستعمل هذه الوسائط فيه وانما يستعمل الشهير المذكور الوضعيات الباردة ويفضلها عن غيرها زعما منه انها تحدث تلطيفا عظيما واسترخاء فى توتر الجلد المؤلم وأما دور النضج فينبغى فيه ملاحظة الحمى التابعية فان أعظم خطر للمريض ينشأ عن ارتقائها الى درجة فائقة الحد فاذا دامت حرارة الجسم لم ترتق الى درجة شديدة ينبغى تجنب الوسائط العلاجية القوية واما ان ارتقت الى درجة عظيمة جدا فاكثر الوسائط الموصى بها هو استعمال الكينين بمقدار عظيم جدا أو ما لتسيلات الصودا أى صفصافات الصودا (تنبيه) يستعمل عوام مصر فى هذا الدور طريقة يسمونها بالتمليح وذلك انهم يلبسون المريض فى دور نضج الجدرى قميصا مغموسا فى محلول مركز من ملح الطعام أو يدلكونه بالزبد الممزوج بمقدار عظيم من الملح أيضا ولا بأس بذلك فقد دلتنى التجارب الاكلينيكية على جودة هذه الطريقة بحيث انى اتخذتها وسيلة علاجية وذلك بان يؤخذ جزء عظيم من الملح ويحل فى الماء البارد بقدر أوقية على رطل وتغمس فيه اسفنجة ثم يغسل به جسم المريض جملة مرات مع وضع رفائد مبتلة من هذا المحلول على الاجزاء التى يخشى من فساد الجلد وتهتكه فيها عقب امتداد تقيح البثرات النضجة وذلك كالوجه فانه باستعمال هذه الطريقة شوهد سرعة جفاف الجدرى وعدم حصول عوارض خطرة كامتصاص الصديد والتقرح الممتد فى الجلد وغير ذلك بل انى شاهدت نفع هذه الطريقة عند استعمالها فى دور الطفح اذ بذلك يمتنع تقدم عدد عظيم من البثرات الجدرية عن نضجها وتقيحها وأما دور الجفاف ففيه يؤمر للمريض باغذية سهلة الهضم مغذية بل ويمكن ان يعطى له مقدار قليل من النبيذ فان قوى المريض المنتهكة تحتاج لتدبير غذائى مقو حتى ان سرعة النبض تضمحل شيأ فشيأ باعطاء هذا التدبير الغذائى اللطيف المقوى ولا تزول بشدة الحرمان أو الحمية القاسية ويحافظ على المريض فى دور الجفاف من الاحتكاك ونزع القشور الجدرية بقوة ولامانع من حجزه عن ذلك

بوسائط خفيفة كحجر اليد أو تغليفها بمحو الدوان أو كيس من الحرير وعند
ما تكون القشور الجدرية ثابتة مع وجود التقيح تحتها ينبغى استعمال
الضمادات الفاترة والظواهر المرضية الناشئة عن ظهور الطفح فى الاغشية
المخاطية واحداثه لاعراض ثقيلة تستدعى وسائط علاجية مخصوصة
أما الطريقة العلاجية المفسدة لجدرى الاغشية المخاطية فلا يمكن استعمالها
لا لاجل مقاومة الطفح الجدرى للفم بل وفى مثل هذه الاحوال لا ينتج عن
استعمال المضامض القابضة ومس البثرات الجدرية بنترات الفضة منفعة
عظيمة وان ظهر عسر عظيم فى التنفس وغيره من الظواهر المرضية التى
تنشأ عن الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب ينبغى استعمال مقيئ من
سلفات النحاس وكى فوهة المزمار بمحلول نترات الفضة زمنا فزمنا بان يغمس
فيه اسفنجة مثبتة على قضيب من شنب القيطس وتعصر على فوهة المزمار
وعند وجود أوذيما المزمار ان لم تنجح طريقة التشريط ينبغى اجراء عملية
القطع الحنجرى والتهاب الاغشية المصلية وبعض الاعضاء الحشوية التى
تحصل فى اثناء سير الجدرى قد تستدعى الفصد العام سيما الالتهاب الرئوى
والبلوراوى الناشئ عنهما اوذيما تفهمية جانبية فى الجهة السليمة وادى ذلك
لحصول عسر عظيم فى التنفس الا انه حيث دلت التجارب عموما على ان
الاستفراغات الدموية العامة فى الامراض التسممية لا تحملها المرضى
فلا ينبغى استعمال ذلك حينئذ الا عند الاضطرار العظيم وزيادة على ذلك
يقال فى معالجة كل من الالتهاب الرئوى والبلوراوى وغيرهما من
الاصابات الموضعية الناشئة عن الجدرى ما ذكرناه فى معالجة الاشكال
الاولية للامراض المذكورة وخراجات المنسوج الخلوى وتقيحات العقد
اللينفاوية ينبغى المبادرة بفتحها

﴿ المبحث الخامس ﴾

(فى الجدرى البقرى)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الجدرى البقرى مرض معد محض ومن المعلوم المشاهد انه فى هذا العصر
قد ظهرت جملة اوبية جدرية مع ان معظم الاشخاص ملقح له بل وكثير

منهم من لقح له مرة ثانية و بذلك لزمنا ان نبحث بالدقة عن مدة قوة صيانة الجدرى البقرى اعنى قوة حفظه للانسان الملقح له به من الجدرى الحقيقى ومدته وهذا البحث العظيم وان لم ينته الى الآن بالكلية الا انه قد تبين منه مع التأكيد ان مدة صيانة تلقيح الجدرى البقرى من الاصابة بالجدرى الطبيعى أقصر مما يظن عادة فقد ثبت بالتجارب العديدة التى فعلت ان قوة حفظ التلقيح بالجدرى البقرى لا تصون الانسان عن الاصابة بالجدرى الحقيقى الا قليلا من السنين بحيث انه ولو مع انتشار عملية التلقيح وتكراره الآن قد ثبت انه فى مدة تسلطن وباء الجدرى يوجد عدد عظيم من الاشخاص مستعد للاصابة بالجدرى أو الجديرى ولذا نوصى كل طبيب انه عند ابتداء ظهور وباء الجدرى ان يكرر التلقيح لجميع من كان منوطا بملاحظة صحته سواء كان الزمن الذى مضى من بعد التلقيح الاخير طويلا أو قصيرا - ثم ان متحصل البثرة الجدرية البقرية هو الحامل الوحيد للاصل المعدى فان كلا من التصعدات الجلدية والرئوية التى تكون حاملة للسم الجدرى لاتحتوى على السم الجدرى البقرى البتة بحيث قد ثبت انه لم يصب أحد مطلقا بالجدرى البقرى بمجرد وجوده فى الجو المحيط بانسان او حيوان مصاب به والفرق بين سم الجدرى الانسانى والجدرى البقرى ان الاخير لايحدث طفحا جدريا الا فى صفر الجلد الذى تلقح فيه بخلاف سم الجدرى الانسانى فانه يحدث الطفح الجدرى فى اجزاء اخرى من الجلد والى الآن لم يثبت مع التأكيد ان كانت هذه الاختلافات ناشئة عن كون سم الجدرى البقرى مغايرا ومخالفا لسم الجدرى الانسانى من الاصل أو ان هذا الاخير حصل فيه ضعف عظيم بعد انتقاله الى نوع حيوانى آخر اعنى فى جسم البقر وتكون فيه ثانيا بكيفية غير تامة خفيفة التأثير - ثم ان الاستعداد للاصابة بالجدرى البقرى منتشر انتشارا عظيما بحيث يعد من الاستثناآت العظيمة ان الانسان المنتقل اليه هذا السم اول مرة يبقى مصونا عن الاصابة بهذا المرض والتلقيح بالجدرى البقرى قد يزيل فى بعض الاحوال الاستعداد للاصابة به طول الحياة لكن الاغلب هى الاحوال التى فيها لا تستمر الاصانة الا بعض سنين والوقوف على حقيقة الاستكشاف

المهم من كون الاصابة بالجدرى البقرى كما انها تزيل الاستعداد للاصابة بهذا النوع من الجدرى تزيل أيضا الاستعداد للاصابة بالجدرى الانسانى صار كثير الفائدة والمنفعة جدا من منذ ما تحقق لنا ان هذا الصون ليس فى الغالب الا وقتيا وانه ينبغى تجديد تلقيح الجدرى البقرى زمنا فزمنا لاجل عدم رجوع الاستعداد للاصابة بالجدرى الانسانى وتكراره

ثم انه بقطع النظر عن الاباطيل التى تضاد تلقيح الجدرى البقرى لا ينكر انه يجعل حياة الطفل احيانا فى خطر وانه فى احوال اخرى قد يخلفه اضطرابات مستمرة فى الصحة سيما الطفحات الجلدية وغيرهما من الاصابات الخنازيرية لكن من الخطاء البين جدا القول بأن الجدرى البقرى فى مثل هذه الاحوال ينتج عنه بواسطة التلقيح انتقال الداء الخنازيرى من طفل الى آخر فانه يشاهد أن داء الخنازير يعترى بعض الاطفال بعد التلقيح ولو كانت المادة الجدرية مأخوذة من ذراع طفل سليم وان الاطفال الملقح لهم تبقى سليمة ولو كان الطفل المأخوذ منه مادة الجدرى مصابا اصابة واضحة بداء الخنازير فيظهر أن حصول داء الخنازير بعد تلقيح الجدرى البقرى يتعلق بالتأثير المضعف الذى يحدثه اذا اصطحب باعراض حمية عمومية فى جسم الطفل الملقح له وان تسلطن الطفحات الجلدية الخنازيرية زيادة عن غيرها من الاصابات الخنازيرية يظهر انه يتعلق كذلك بالاصابة الموضعية للجلد عقب عملية التلقيح فان غير هذا المرض من الامراض الحمية وجميع المؤثرات المضعفة التى تصيب الطفل المستعد لداء الخنازير فى السنة الاولى من الحياة له تأثير محدث لداء الخنازير مثل تأثير الجدرى البقرى فقد دلت التجارب على انه لا يحصل بواسطة الحراريق أو الموهيجات الجلدية الاخرى التى تصيب الجلد التهاب موضعى فقط فى محل تأثيرها بل انها كذلك تزيد الاستعداد لظهور طفحات جلدية فى محلات اخرى من الجسم فكثير من الاطفال الذين لم يصابوا بطفحات جلدية مطلقا يحصل لهم ذلك عقب ثقب شحمة الاذن مثلا ووضع قرط فيها كما انه يحصل عقب التلقيح بالجدرى البقرى طفحات جلدية نشاعة اكزيماوية فى الوجه تستمر جملة أشهر — وأما الاحوال التى فيها يكون

ظهور داء الخنازير ناشئا عن الجدري البقري وتلقيحه فقط لا عن أسباب اخرى كفطامة الاطفال أو التسنين الذى يصادف حصوله غالبا مدة زمن تلقيح الجدري فنادرة للغاية واندرمنها الاحوال التي فيها تلقيح الجدري يخاطر بحياة الطفل وهذه الاحوال الاستثنائية لا يعتبرها أدلة مضادة لتلقيح الجدري البقري الاجهلة الاطباء فان نتائج التقاويم السنوية الطبية اثبتت أكيد انقص الموت من منذ اختراع تلقيح الجدري البقري كما ذكرناه وأما كون كثير من الاطفال يهلك بالحصبة والقرمزية والذبحة الخجرية الغشائية والاستسقاء الدماغي من منذ ما نجا عدد عظيم من الاطفال من الموت بالجدري وهلاكهم بهذه الامراض فهذا أمر سهل التوجيه فان كثرة احوال الموت بتلك الامراض لا يضاد بالكلية تناقصها بالجدري والاجتهاد فى منع ذلك بواسطة التلقيح والاطفال الضعفا البنية ذووا الاستعداد الخنازيري لا ينبغي التلقيح لهم فى السنة الاولى الا اذا ظهر وباء جدري وجبرنا على ذلك بل فى السنة الثانية أو الثالثة بعد تمام التسنين الاول فانه من الاكيد انه ينبغي المحافظة على مثل هؤلاء الاطفال وحفظ نموها من المؤثرات المضرة اياكانت

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تحصل فى الجلد بعد التلقيح بمادة الجدري البقري تشابه بالكلية التغيرات التى تحصل فى اشكال الجدري الحقيقي ولو الثقيلة منه الا انها تكون قاصرة على محل التلقيح فقط فانه فى اليوم الثالث من التلقيح يتكون فى محله حلمة صغيرة محمرة وفى اليوم الخامس أو السادس تستحيل الى حويصلة وفى اليوم الثامن تصل هذه الحويصلة التى يوجد فيها انبعاج مركزي اعني الانبعاج السري وتكون ذات تركيب خلائي الى حجم العدسة وفى اليوم التاسع يصير تحصل الحويصلة الجدرية المحاطة بهالة حمراء عريضة متعكرا البنيا ثم قيحيا فى اليوم العاشر أى تستحيل الى بثرة وحينئذ يبتدئ جفافها بالتدريج بحيث ان البثرة الجدرية تستحيل الى قشرة بدون ان تنفتح وتسقط القشرة نحو انتهاء الاسبوع الثالث فيخلفها

اثرة منبعجة مستديرة مبيضة ذات نكت فى قاعدتها والانبعاج السرى للجدرى البقرى ينشأ تبعا لرأى المعلم سيمون من الوخزة التى تفعل عند التلقيح فانه بحصول الالتهاب الذى ينشأ عنها يحصل التصاق بين البشرة والادمة وهذا الالتصاق يحدث الانبعاج بالكيفية الآتية وهو انه متى تراكم السائل المصلى بين هاتين الطبقتين وكانت البشرة ملتصقة التصاقا متينا بما تحتها فانها لا ترتفع دون ما كان محيطا بها فيتكون الانبعاج السرى ويؤيد ذلك شكل هذا الانبعاج فانه يشابه بالكلية شكل الجرح الذى فعل فان كان التلقيح بواسطة وخزة دقيقة كان الانبعاج السرى صغيرا مستديرا وان كان بواسطة شق نشأ عن ذلك انبعاج مستطيل فى وسط البثرة الجدرية البيضاوية الشكل وأما التغيرات التى تحصل فى محل التلقيح عند الاشخاص الذين عندهم تناقص الاستعداد للاصابة بالجدرى البقرى وبالجدرى الانسانى تبعا لما بيناه فيما سبق فانها تختلف اختلافا واضحا ومن النادر حصولها بسرعة كما انه يندر أن يكون سيرها أسرع من سير الجدرى البقرى الطبيعى فقد يشاهد فى بعض الاحوال حلمات جدرية بقرية محاطة بهالة محمرة مرتشحة او انتفاخات حلمية لا يتقدم نموها أو تستحيل الى حويصلات يجف متحصلها بسرعة وفى احوال اخرى قد لا يشاهد ظهور طفح على محل الجلد المحمر المرتشح الذى لقح فيه وفى غيرها من الاحوال قد تشاهد التهابات جلدية دملية منتشرة تنتهى بتقرح سطحى ولاجل الحكم بان كانت الاشكال المختلفة المذكورة من الالتهاب الجلدى تعتبر جدريا بقريا ممنوعا أم لا ينبغى ان يكون ولابد لمتحصلها خاصية تلقيح الجدرى البقرى عند الاطفال الذين لم يلقح لهم

(الاعراض والسير)

ولنتكلم على شرح اعراض الجدرى البقرى الطبيعى وسيره مع غاية الاختصار فنقول

يشاهد لهذا المرض ادوار وهى دور هجوم ودور تكون التغيرات التشريحية للجلد التى ذكرناها فيما تقدم ودور نضج فيه التهاب الجلد يحدث توترا شديدا مؤلما بحيث يعوق حركات الذراع المريض اعنى الملقح فيه

وكثيرا ماتنتفخ العقد الينفاوية الابطية انتفاخا عظيما وفى بعض الاحوال قدلا يظهر طفح جدرى بقرى بل يظهر طفح شرى أو أكزتيماوى فى محيط البثرة الجدرية البقرية بل وفى اجزاء أخرى من الجسم وحمى الهجوم تفقد عادة فى الجدرى البقرى واما دور النضج فيكون مصحوبا غالبا بحمى تابعية والتهاب الجلد فى الجدرى البقرى غير التام النضج قد يحدث اكلانا شديدا غير مطاق واحيانا آلاما محرقة تو ترية وقد ثبت بالمشاهدات الترمومترية العديدة ان الحمى لا تكون بنسبة شدة الالتهاب الجلدى وامتداده فقد شوهد فى أحوال قلة الظواهر الالتهابية الجلدية ارتقاء درجة الحرارة الى نحو ٤٠ مئينية ومع ذلك فشدة الحرارة لاتصل الى درجة عظيمة لقلة امتداد الالتهاب الجلدى كما يحصل ذلك فى الجدرى الانسانى وهذه الحمى لا ينتج عنها أدنى خطر الا فى أحوال استثنائية عند الاطفال الضعفاء المنهوكين جدا وكذا يعد من النوادر العظيمة انه قد يحصل فى دورة نضج الجدرى البقرى التهابات جلدية منتشرة ثقيلة

(المعالجـــة)

ليس القصد من الكلام هنا معالجة الجدرى البقرى بل احداثه مع الانتظام فنقول الامور التى ينبغى التمسك بها عند تلقيح الجدرى البقرى هى أولا أخذ المادة الجدرية البقرية من اطفال أقوياء البنية يكون التلقيح لهم أول مرة فاننا وان لم نعتقد انتقال الديسكرازيا المرضية بواسطة التلقيح نقول انه من الخطأ البين والمخالف للعوائد البشرية فعل تجارب فى هذا الخصوص لاجل التحقيق والمادة الجدرية البقرية المأخوذة من أشخاص تكرر التلقيح لهم لا تنشأ عنها بثور جدرية بقرية طبيعية مع التأكيد كما دلت التجارب على ذلك مثل ما ينشأ عن المادة الجدرية البقرية المأخوذة من اطفال لقح لهم أول مرة واما بالنسبة للداء الزهرى البنيى قد ثبت مع التأكيد امكان نقل هذا المرض بواسطة التلقيح بالمادة الجدرية البقرية ولو كان نادرا فان المادة المأخوذة من طفل مصاب بالداء الزهرى لا تعدى بهذا الداء على الدوام حتى ان المعلم فينواز عضد الرأى المنفى فى العصر المستجد القائل بأن انتقال الداء الزهرى بالتلقيح الجدرى يمكن تجنبه متى أخذت

المادة الجدرية الصافية غير المختلطة بالدم ثانيا تؤخذ هذه المادة اللينفاوية فى اليوم السابع أو الثامن من التلقيح من بثور جدرية بقرية ذات عظم وشكل طبيعيين ومحاطة بالتهاب متوسط الشدة فى دائرتها فات نجاح التلقيح من بثور حديثة أو قديمة أو ذات سير غير طبيعى ليس أكيدا وأما اختلاط تلك المادة بالدم فلا يضعف قوتها ثالثا ينبغى أن يكون التلقيح من ذراع الى ذراع ان أمكن وان اقتضى الحال لاستعمال المادة اللينفاوية القديمة المحفوظة فالافضل ما كان منها محفوظا فى انابيب شعرية مسدودة سدا محكما بعد اذابة اطرافها (وهذه تفضل عن المحفوظة بين ألواح من الزجاج) وفى زمن الاضطرار الى تلك المادة بكمية عظيمة فمن المهم معرفة التجربة التى فعلها المعلم ميلير وهى أن تخلط هذه المادة بجزئين من الماء المقطر والجاسرين ثم تحفظ بالكيفية السابقة فان ذلك لا يضعف تأثيرها بل ولو وصل مقدار المزج ثمانى مرات مثلها رابعا يكون التلقيح بواسطة وخز يفعل بسن الريشة أو بسن ابرة التلقيح وينتخب من العضد ما يكون مغطى ولو عند لبس أقمصة ذات اكمام قصيرة ويفعل فى كل ذراع نحو خمس وخزات أو شقوق صغيرة ويترك بين كل وخزة واخرى مسافة كافية بحيث ان البثرات الجدرية والهالات الالتهابية لا تختلط ببعضها خامسا ينبغى فعل تلقيح الجدرى البقرى عند الاشخاص السليمين فقط مالم يتسلطن وباء الجدرى الانسانى وان لم ينجح التلقيح ينبغى تكراره بعد بعض أشهر وسبب عدم نجاح التلقيح اما فقد الاستعداد وقتيا او رداءة المادة سادسا ينبغى تكرار التلقيح عند ظهور وباء جدرى فى جميع الاشخاص الذين مضى عليهم من ٥ سنين الى ١٠ بعد التلقيح سابعا ينبغى حفظ البثرات الجدرية من الضغط والاحتكاك مع الاحتراس سيما فى الاطفال وحفظ الاطفال الملقح لهم فى أثناء حمى النضج فى اودهم وعند اشتداد الالتهاب الجلدى فى محيط البثرة الجدرية البقرية يستعمل مكمدات باردة من ماء الرصاص وان اختلطت البثور الجدرية البقرية ببعضها وتكونت قروح مغطاة بقشور تستعمل الضمادات الفاترة

﴿المبحث السادس﴾

(فى الجـدرى المائى المعروف بجدرى الغنم)

(وبالجدرى الهوائى وبالجدرى الكاذب)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

كثير من الاطباء المشتغلين بالامراض الجلدية من يقول بمماثلة الجدرى الهوائى للجدرى والجديرى وتعتبره أخف درجة للجدرى الانسانى ويوجه كيفية حصول هذا المرض عند الاطفال خاصة بان تلقيح الجدرى البقرى الذى فعل لهم وان لم يطفئ الاستعداد للاصابة بالجدرى الانسانى بالكلية الا أنه يجعلها فى درجة خفيفة للغاية واما عند الاشخاص المتقدمين فى السن فنقول ان الاستعداد فيهم للاصابة بالجدرى بعد ان ينطفئ يعود ثانيا شيأ فشيأ بحيث انه عند تعرضهم للتسمم بالاصل المعدى للجدرى يصابون بالجديرى أو بالجدرى ولا يصابون بالجدرى الهوائى وهذا التوجيه منقوض بأمور عديدة منها ان حصول الجدرى المائى عند أطفال لم يلقح لهم بالكلية ينافى تماثل سم الجدرى الهوائى بسم الجدرى الانسانى فانه لا يعقل لاى شئ فى مثل هؤلاء الاطفال الذين يكون استعدادهم للاصابة بالجدرى متسلطنا تسلطنا اعظما يصابون باخف اشكال الجدرى وقد دلت التجارب زيادة عن ذلك على ان الجدرى الهوائى ليس فيه خاصة الوقاية عن الاصابة بالجدرى البقرى والجدرى الانسانى فاننا على العكس من ذلك نشاهد ان كثيرا من الاطفال الذين حصل لهم الجدرى الهوائى يلقح لهم بمادة الجدرى البقرى مع غاية النجاح ثم يصابون كذلك فى اثناء وباء الجدرى بالجديرى أو بالجدرى الانسانى وذلك مضاد بالكلية لما نشاهده من ان الاصابة بالجديرى او بالجدرى الحقيقى تقى وقاية تامة من اصابة أخرى عند ظهور وباء هذا المرض وبالجملة فقد شوهد احوال فيها ثبت ان الاطفال التى كانت اصيبت قبل بعض اسابيع بالجدرى البقرى أو بالجدرى الانسان الثقيل اعتراها الجدرى المائى فجميع ماذكر يثبت أكيدا ان الجدرى الهوائى ليس اخف اشكال الجدرى الانسانى بل هو مرض قائم بنفسه وماذكر من انه يمكن انتقال الجدرى الهوائى من اشخاص على

شكل الجديرى أو الجدرى الحقيقى الى اشخاص أخرى والعكس بالعكس مبنى على خطا فى التشخيص والتباس الجديرى بالجدرى الهوائى عليهم ومن الثابت على العموم ان الجدرى الهوائى معد غير أن الاشخاص الذين حصلت لهم العدوى به سواء كان ملقحا لهم أولا يصابون به فقط دون غيره والجدرى الهوائى قد يظهر على شكل أو بية كثيرة الانتشار أو قليلتها تصاحب احيانا وباء الجدرى أو تسبقه تارة وتعقبه أخرى وقد تكون متسلطنة فى اثنا متسلطن وباء الحصبة أو القرمزية وليس من النادر ان يظهر الجدرى الهوائى ظهورا ذاتيا أى افراديا

(الصفات التشريحية)

يبتدئ الطفح فى هذا المرض على شكل بقع صغيرة محمرة منعزلة تستحيل بعد قليل من الساعات الى حويصلات شفافة من حجم العدسة الى الحصة بسبب الارتشاح المصلى الغزير الذى ينسكب بين البشرة والادمة ولا يظهر فى هذه الحويصلات انبعاج مركزى ولا تركيب ذو هالات ومتحصلها يتعكر بعد قليل من الزمن ويصير لبنيا الا انه لا يكتسب صفة قيحية ويتكون بعد جفاف هذه الحويصلات قشور سطحية تسقط عما قليل من الايام بدون أن يخلفها ندب التحامية وبحسب شكل الحويصلات المذكورة يميز الجدرى المائى الى جدرى مائى كرى وبيضاوى وعدسى وهرمى ومتجمع وكثيرا ما يشاهد بجوار حويصلات الجدرى البقرى المنتشرة التى تسير سيرا طبيعيا حويصلات اخرى تمتلئ بالصديد (وهذا هو الجدرى المائى القيحى) بحيث تكتسب هيئة البثور الجدرية الحقيقية بل وقد يخلفها ندب التحامية وحيث ان شكل البثور الجدرية ليس نوعيا بل يشابه شكل البثور الا كتيماوية فلا ينبغى الالتفات بالكلية الى شكل طفح الجدرى المائى واختلاطه بطفح الجدرى الحقيقى والارتكان فى ذلك الى القول بأن هذين المرضين متشابهان

(الاعراض والسير)

ظهور الحويصلات الجدرية المائية قد يكون فى بعض الاحوال هو العرض الاولى الذى يبتدئ به هذا المرض بحيث ان الامهات ولو الفطنات

لا تشاهدن

لاتشاهدن أثر دور الهجوم وتخبر بأن الطفل فى اليوم السابق ليوم الطفح
كان متمتعا بصحة جيدة ومن النادر أن يسبق هذا الطفح بيوم أو بعض أيام
بحمى خفيفة واضطراب عام وفقد فى الشهية وآلام فى الرأس ثم ان طفح
الجدرى المائى ينتشر على الجسم بدون انتظام وأكثر ما يوجد فى الظهر
والبطن واما الوجه فانه يبقى مصونا بالكلية وغو كل حويصلة يتم بعد ست
ساعات أو اثنتى عشر ساعة بحيث يتعكر متحصلها فى اليوم الثانى ويجف
فى اليوم الرابع وحيث ان هذا المرض لا يقتصر على الطفح الاول بل
يتردد جملة مرار بعد بعض أيام فالغالب أن يستمر هذا المرض مدة أربعة
عشر يوما أو أكثر بحيث يوجد بجوار الحويصلات الجافة حويصلات
جديدة ويندر أن تظهر هذه الحويصلات على الغشاء المخاطى للفم والحلق
وان ظهرت تستحيل بسرعة الى قروح سطحية والحالة العامة للمريض
لا تكون مضطربة

﴿المعالجة﴾

لا نبسط القول فى شرح معالجة الجدرى المائى فان هذا المرض ليس له أدنى
خطر ولا يصاحب باعراض ثقيلة وينتهى فى جميع الاحوال بالشفاء بعد
ثمانية أيام أو أربعة عشر وانما من المهم أن يوصى بحفظ المرضى فى اودها
مدة اصابتها به وحفظها من التأثيرات المضرة مع تنظيم تدبيرها الغذائى

﴿كلام كلى﴾

(فى الامراض التيفوسية)

لفظة تيفوس كانت تستعمل فى الطب القديم الابى قيراطى بمعنى الخدر
وقد ترك استعمالها بهذا المعنى الآن فتطلق على نوعين من الظواهر المرضية
المختلفة أحدهما الاحوال المرضية الطارئة على بعض الامراض الحادة
الثقيلة التى يوجد فيها هذيان وانحطاط عام وجفاف عظيم فى اللسان وخدر
ونحو ذلك من الظواهر العصبية فحينئذ يكون معنى لفظة تيفوس هنا
مطابقا لمعنى حالة تيفوسية أو عصبية وهذا الاعتبار الباثولوجى العمومى
قد ترك الآن أيضا ولا غرابة فى ذلك حيث لا يفهم منه الا حالة مرضية تطرأ

على بعض الامراض الحادة موضعية كانت أو عمومية فانها وان تبين منها صفة مخصوصة لبعض الامراض الحادة المعبر عنها بالحالة التيفوسية لانها لا تدل من هذه الحيثية على نوع مرض مخصوص كما هو القصد هنا فثلا اذا طرأت الظواهر التيفوسية السابق ذكرها على التهاب رئوى أو حصبة أو قرمزية أو نحو ذلك قيل ان الامراض المذكورة مصحوبة بحالة تيفوسية أو عصبية أو ضعفية ثانيهما (وهو المعنى الحقيقى) ان يعنى بلفظة تيفوس نوع مخصوص من الامراض متصف بالاعراض التيفوسية السابق ذكرها غالبا لكن ليس على الدوام بحيث لامانع من وجود مرض تيفوسى حقيقى بدون حالة تيفوسية أو عصبية كما انه لا مانع من وجود امراض غير تيفوسية مصحوبة بحالة تيفوسية بمعنى انها تطلق على نوع مخصوص من التغيرات المرضية سواء كانت مصحوبة بدرجة الاعراض الضعفية الدماغية أولم تكن مصحوبة بها

والآن لا تطلق هذه اللفظة على نوع واحد من التغيرات المرضية بل على انواع من الامراض التيفوسية تسمى بالامراض التيفوسية وهى التيفوس الطفحى والتيفوس البطنى المعروف عند أطباء فرانسا بالحمى التيفوسية والتيفوس النكسى أو الراجع ويقصد بلفظة شكل تيفوسى اما تغير مرضى واحد مختلف فى ظواهره المرضية أو ان هذه الامراض متشابهة بالكلية بحيث لا يمكن تمييزها عن بعضها لكن فى الحقيقة ولو يكون ثم مشابهة تامة بينها الا انها لا يماثل من حيثية الاسباب والتغيرات التشريحية ولا من حيثية التغيرات الكماوية التى تحصل فى الدم على حسب معرفتنا بها بل ولا من حيثية الاعراض ولذا كان الاوفق ترك استعمال لفظة شكل تيفوسى واستعمال لفظة مرض تيفوسى

ثم انه اذا تأملنا رأينا انه يوجد خلاف الثلاثة انواع السابق ذكرها من الامراض التيفوسيه وهى التيفوس الطفحى والبطنى المعلومين فى اوربا والتيفوس النكسى انواع اخرى من الامراض التيفوسية فى غير اوربا من البلاد المشرقية كمصر وغيرها منها ما هو مستمر ومنها ما انطفا منذ عدة سنين وذلك مثل التفويد الصفراوى (هو شكل من التيفوس النكسى الذى يعرف

بالنوشه بمصر والطاعون) فحينئذ قد ازداد عدد الامراض التيفوسية بهذا الاعتبار" وتعددت انواعها ولذا ينبغي لاجل دراستها في فصل واحد وتقويم انواعها المشابهة لبعضها (لا المماثلة) اعتبار كل من أسبابها وتغيراتها التشريحية واعراضها اعتبارا عموميا

فاما اعتبار الامراض التيفوسية من حيثية اسبابها فانها على العموم امراض تسممية تنتشر اما بطريق العدوى أو بطريق الميازما وان اسبابها عموما نوعية اعني انها لا تنشأ عن الاسباب المضرة العمومية جوية كانت اوارضية والذي يؤيد ذلك هو انتشارها انتشارا جغرافيا بمعنى انها تكون مرتبطة باسباب اقليمية اوجوية مخصوصة اى نوعية ولان ظهورها يحصل فيه ازدياد تارة وتناقص تارة اخرى بدون ان يكون ذلك مصحوبا بادنى تغير في المؤثرات المضرة العامة فظهورها حينئذ يكون متعلقا باصول معدية ميازماتية ليست على الحالة الغازية على الدوام فتؤثر بواسطة الهواء فقط فانه من الثابت بامور عديدة كما سيأتي في ذلك عند الكلام على اسباب التيفوس البطني ان هذه الجواهر المضرة يمكن ان تحمل احيانا بالمواد الغذائية والمياه وفي مثل هذه الحالة الاخيرة يكون وجود الاصول المضرة المنتجة للامراض التيفوسية مرتبطا بحالة فساد وتعفن في المطعومات والمشروبات ومن ذلك يتضح كما يتضح من أسباب اخرى ان ظهور المواد السمية المذكورة وانتشارها في الجو متعلق أيضا بحالة تعفن وفساد فيه

والى الآن لم يعلم ان كانت هذه الجواهر السمية المتحصلة من التعفن هي المحدثة لاشكال مخصوصة من الامراض التيفوسية أو انه بتأثير التعفن تنشأ جواهر اخرى غير معلومة لنا ينتج عنها الانواع المخصوصة من هذه الامراض وانما نذكر فقط ان منشأ الحميات المتقطعة والحمى الصفراء والهيضة يتعلق أيضا باحوال تعفن وفساد ومع ذلك لا يمكن ان يتصور احد أن تلك الامراض المذكورة أخيرا مجرد تنوعات ناشئة عن التسمم العفنى - ثم انه يتضح من مماثلة تأثير عدوى التيفوس والجواهر الميازماتية ان كلا منهما من طبيعة واحدة وجميع الامراض التيفوسية معدية غير ان درجة عدواها تختلف وأشدها درجة في العدوى التيفوس

الطفحى وزيادة على ذلك فقد تختلف شدة عدواها فى الانواع والاحوال المختلفة بل وفى الاوبية المختلفة أيضا بدون ان يعلم سبب ذلك وأما الاسباب المعينة على انتشار عدوى هذه الامراض فانها معلومة لنا وذلك كالتجمع العظيم من الاشخاص والقاذورات والهواء المحتبس غير المتجدد والحرارة الرطبة ونحوها وسيأتى بيان ذلك مفصلا عند شرح كل مرض تيفوسى على حدته

ثم ان النظريات القائلة بتأثير الجواهر المسمة المحدثة للامراض التيفوسية على الدوام فى الدم مقبولة للغاية لكن ليست هى الوحيدة فانه يجوز أن يكون تأثيرها الابتدائى فى الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطى الفمى والمعوى والشعبى ومن هنا يمتد تأثيرها المسم الى الدم والسائل الليمفاوى بل وفى الطاعون يظهر انه من الجائز ان يكون تأثير السم المعدى موضعيا ويبقى تأثيره موضعيا أيضا قاصرا على بعض الغدد والاوعية الليمفاوية بدون ان يحصل تسمم طاعونى منتشر (كالمعبر عنه بالخيرجلات الطاعونية الجيدة غير المصحوبة بمرض عمومى) ومثل ذلك (ولو كان هذا صعب التعقل والادراك) فى التيفوس البطنى فانه قد يصاب بعض من غدد بيير ومن الغدد المساريقية اصابة تيفوسية بدون ان يصطحب ذلك باضطراب عام أو يصطحب بدرجة خفيفة جدا تنسب لهذا التغير الموضعى (ومثل هذه الاحوال هى المعبر عنها بالتيفوس الكامن) وحينئذ يسوغ القول فى مثل هذه الاحوال بان التسمم التيفوسى لم يسبق المرض الموضعى للغدد المعوية وذلك لعدم وجود اعراض عامة ثقيلة بل ان المرض ابتداء هنا ابتداء موضعيا اعنى بالاصابة المعوية وبقى قاصرا عليها زمنا طويلا ومثل هذا اعنى حصول الامراض التيفوسية بتسمم عام أو موضعى يشابه حصول ذلك فى الجدرى مثلا

ومهما كان التأثير الابتدائى للاسباب المحدثة للامراض التيفوسية لابد وأن ينشأ عن التسمم التيفوسى اضطرابات فى عموم التغذية وتغيرات طبيعية وكماوية فى الدم وفى الافرازات واضطرابات فى الوظائف العصبية وتغيرات تشريحية موضعية مدركة وهذه الاخيرة هى المعروفة لنا

وهذه التغيرات ينبغي في دراستها تقسيمها الى تغيرات ابتدائية نوعية أي خاصة بالامراض التيفوسية وتغيرات تابعية لها أو لبعض التغيرات الموضعية التي تحصل منها ومثال هذه التغيرات التابعية الاخيرة الاحتقانات الانحدارية الرئوية والخراجات والالتهابات النكفية ونحو ذلك فان تأملنا لكل مرض تيفوسي على حدته اتضح لنا ان التغيرات الموضعية الخاصة بالامراض التيفوسية اعني تغيراتها الابتدائية غير قارة ولا محدودة فانها قد تفقد في بعض الاحوال ألا ترى أن كثيرا من المرضى المصابين بالتيفوس قد يهلك وعند البحث في الجثة لا ترى تغيرات موضعية مهمة فالموت هنا يكون قد حصل اما من شدة تسمم الدم أو من ارتفاع درجة الحمى المتعلقة به أو من اضطراب غير مدرك في الوظائف العصبية أو التغذية لكن في معظم الاحوال قد توجد التغيرات الموضعية الابتدائية المذكورة لاسيما في الجلد والغشاء المخاطي والشعبي والمعوي والطحال والاجربة المعوية والعقد الليمفاوية وغدد بيير والغدد المتفرقة المعوية وحويصلات ملبيجي وهذه التغيرات تنشأ اما عن مجرد احتقانات في الاعضاء المذكورة أو عن تغيرات التهابية نوعية مصحوبة بنضح أو عن نمو مرضي في الياف جوهرها وهذه التغيرات الموضعية المصيبة للاعضاء المرتبطة بتكوين الدم والتغذية العامة ارتباطا قويا اعني الطحال والمجموع الليمفاوي تعد واصفة لاغلب الامراض التيفوسية بالنسبة للتغيرات التشريحية الخاصة بها وأقل ما تتضح فيه هذه التغيرات الموضعية التيفوس الطفحي فانها تكون قليلة في هذا النوع من الامراض التيفوسية ويكثر اتضاحها في التيفوس البطني وفي التيفوس النكسي والتيفويد الصفراوي والطاعون والاختلاف الواقع في هذه التغيرات الموضعية الابتدائية ينبغي ان ينبني عليه التمييز التشريحي بين كل نوع من الامراض التيفوسية على حدته فانه قد ثبت بالمشاهدة ان بعضها يتسلط في أحد أنواع الامراض التيفوسية دون البعض الآخر منها

فاعتبار التغيرات الموضعية الابتدائية حينئذ هو الذي ينبني عليه تمييز الانواع الاصلية من الامراض التيفوسية ولا ينبغي الوقوع في الخطاء مثل ما وقع من بعض الاطباء بتكثير أنواع الاشكال التيفوسية وتعدادها باعتبار تغيرات تشريحية غير ابتدائية وتقسيم التيفوس الى حنجري بلعومي ورئوي ونحو ذلك فان هذا مبني على خطاء في التمييز بين هذه التغيرات التشريحية الموضعية الابتدائية والتابعية فان اصابات غدد بيير المعوية في التيفوس البطني والعقد اللينفاوية الدائرية في الطاعون ابتدائية أصلية وبها يتعلق سير كل من هذين المرضين واما القرحة الحنجرية التيفوسية فانها تشاهد في اثناء سير التيفوس الطفحي والتيفوس البطني كالالتهاب النزلي للحلق والتهابه ذا الغشاء الكاذب يمكن ان يشاهد في اثناء سير التيفوس الطفحي والبطني والصفراوي الخ وقد وقع بعض الاطباء في خطأ غير السابق وذلك لعدم اعتبارهم بالكلية للتغيرات الموضعية الابتدائية في الامراض التيفوسية وقولهم بان اصابات غدد بيير مثلا في التيفوس البطني تعتبر مضاعفة لهذا المرض وتغيرا تابعيا له مثل الالتهاب الرئوي والالتهاب النكفي والغنغرينة الوضعية والانزفة المعوية وغير ذلك فان هذا الاعتبار ينبني عليه عدم ملاحظة التغيرات الموضعية الابتدائية وجعلها أمورا غير لازمة للامراض التيفوسية مع انها امر تبطة ارتباطا كليا بالاصابة التيفوسية وليست مثل المضاعفات المذكورة أخيرا وفي الحقيقة عدم ملاحظة هذا الامر ينبني عليه اختلاط جميع أنواع الامراض التيفوسية وعدم تمييزها عن بعضها

ثم انه ينبني على اعتبار التغيرات التشريحية الابتدائية في الامراض التيفوسية تقسيمها الى امراض تيفوسية خفيفة أعني فيها الاصابات الابتدائية الموضعية اما ان تفقد بالكلية أو تكون خفيفة للغاية اي عبارة عن التهابات نزلية في الغشاء المخاطي للفم والانف والشعب أو احتقان في الطحال ونحو ذلك وتسمى بالانواع البسيطة للتيفوس وبذلك تمتاز عن انواعه الثقيلة التي فيها تكون هذه التغيرات الموضعية كثيرة الوضوح جدا ويعد من الاولى

أولا التيفوس الطفحى الذى يتصف بضاعفات باطنية غير قارة وهى عبارة عن اصابات نزلية مع بعض انتفاخ فى الطحال
ثانيا التيفوس النكسى الذى يصطحب باصابات موضعية وان كانت غير قارة أيضا الا أنها تصيب على الخصوص الطحال
ومن النوع الثانى من الامراض التيفوسية يعد
أولا التيفوس البطنى الذى يتصف بتسلطن اصابة غدد بيير والغدد المسار يقية
ثانيا التيفويد الصفراوى الذى يتصف باصابات موضعية متعددة مع تسلطن اصابة الطحال لاسيما جسيمات ملبيجى
ثالثا الطاعون الذى يتصف باصابة الغدد اللينفاوية الدائرية مع الغدد اللينفاوية البطنية
وسيأتى الحكم على هذا التقسيم المؤسس على التغيرات التشريحية الموضعية للامراض التيفوسية مع اعتبار اسبابها واعراضها وانما ننبه هنا على انه من الجيد فى الطب العملى اتباع هذا التقسيم
وأما الاعراض الخاصة بالامراض التيفوسية وأوصافها العامة فهى ان جميع الامراض التيفوسية تتصف بتغيرات غير مدركة وغير معلومة فى المراكز العصبية والاعصاب اعنى باضطراب فى وظائفها وهذه التغيرات الوظيفية فى المجموع الدماغى اما ان تكون عبارة عن انحطاط وضعف فى المجموع العضلى ليس بنسبة درجة الحمى أو انها تكون عبارة عن دوار وخدر أو كوما أو هذيان أو غيرها من الاضطرابات العصبية التى تتصف بظواهر تهيج أو خمود فى الاعصاب المحركة أو الحساسة أو فى الوظائف العقلية وهذه الاضطرابات العصبية الابتدائية تكون طبيعتها فى الامراض التيفوسية تسممية كتأثير التسمم المخدر حقيقية أو التسمم العفن ويمكن ان ترتقى فى بعض الاحوال الى درجة شديدة جدا من الابتداء بحيث انه يعقب من أول يوم بعد ألم الرأس الشديد والدوار انحطاط عظيم وضعف عضلى وخدر تام أو هذيان شديد جدا وشلل جزئى ثم يهلك المريض فى ظرف

أربع وعشرين ساعة أو ثلاثة أيام قبل ان يتضح ويتكون أدنى تغير موضعى (كما يشاهد ذلك فى التيفوس الصاعق والطاعون الصاعق أيضا) وكما اننا قد قسمنا الاصابات الموضعية الى اصابات ابتدائية خاصة بالامراض التيفوسية والى اصابات تابعية لها فكذلك نقسم الاضطرابات العصبية أيضا الى ابتدائية خاصة بالامراض التيفوسية (اعنى بالتسمم التيفوسى) والى اضطرابات عصبية تابعية خاصة بالحالة التيفوسية وتنشأ اما عن تغيرات ثانوية فى الدم (كالتسمم البولى الحاد والتسمم الصديدى) أو عن اضطرابات ميخانيكية فى الدورة الدماغية أو عن اصابات مادية موضعية ثقيلة فى جوهر الدماغ نفسه اى تغيرات تشريحية مدركة وهذا نادر وهذه الاضطرابات العصبية ابتدائية كانت أو تابعية يمكن ان تكون مصاحبة لبعضها بحيث لا يمكن تمييزها عن بعضها فى مجموع اعراض الحالة التيفوسية العصبية الثقيلة ومهما كانت شدة الاضطرابات الوظيفية الدماغية والعصبية التيفوسية واختلفت شدتها من أخف درجة من الحالة التيفوسية العصبية الى أشد درجتها فزوالها يحصل على الدوام بعد حصول أول نوم صحى عميق ويبنى على ذلك أمر مهم فى الطب العملى لا يوجد مع غاية الوضوح فى غير هذه الامراض وهو أن درجة تعلق اصابة المراكز العصبية فى الامراض التيفوسية تتضح مما يأتى وهو انه مهما شتدت درجة الاضطرابات الوظيفية العصبية فى اثناء سير الامراض المذكورة لا يخلفها غالبا تغيرات تابعية مستمرة كشلل الحركة أو الاحساس أو اضطرابات عقلية فانه قد يظن ان تغذية المراكز العصبية فى الاحوال الثقيلة من الامراض التيفوسية تضطرب اضطرابا عظيما جدا بحيث يستمر هذا الاضطراب فى بعض اجزائها فيؤدى ذلك لتغير مستمر فى بعض وظائفها ووجود الاضطرابات العصبية الدماغية فى جميع الامراض التيفوسية لا يسمح بجعل شكل مخصوص منها وتسميته بالتيفوس الدماغى فان الذى كان يسمى سابقا بهذه التسمية هى أحوال من التيفوس البطنى أو التيفوس الطفحى أو غيرهما من الانواع التيفوسية المتسلطنة فيه

الاعراض الدماغية وأ كثرذلك خطاءماذكره بعض الاطباء من كون الشكل الدماغي المذكور ينسب الى المرض السهائي الشوكى الذى يتسلطن احيانا تسلطنا وبائيا فان هذا المرض لايعد بالكلية من الامراض التيفوسية تبعا للتعقلات الجارين عليها الآن كما ذكرفي مبحثه

والامراض التيفوسية تتصف أيضا من حيثية اعراضها بسيرها الدورى فان لها سيرا دوريا يشابه بالكلية السير الدورى للامراض الحية الطفحية فانه فى احوال الامراض التيفوسية المنتظمة أى ذات السير التام المنتظم يبتدئ المرض بدورابتدائى يرتقى ارتقاء منتظما حتى يصل الى حد ارتقائه ثم يبتدئ دورالانحطاط الذى يكون سريعا منتظما فى الاحوال الخفيفة وبطيئا جدا فى الاحوال الثقيلة أومكدرا باصابات تابعية مختلفة والسير الدورى لهذه الامراض يعرف خصوصا من حالة الحمى التى تكون فيها الاصابات الابتدائية موازية لها فى السيرسواء فى الصعود أوالانحطاط مالم يتكدر سيرها بمضاعفات تابعية كالاصابات الليفية اعنى الالتهابات ذوات الاغشية الكاذبة والاصابات التممية الصديدية والغنغرينية والاحتقانات الانحدارية والتقرحات والالتهابات الممتدة فى الاعضاء والانسجة المختلفة فان جميع ذلك يكدر السيرالدورى لهذه الامراض ويتنوعها تنوعا عظيما (وهذامايسمى بالسيرغيرالطبيعى والمضاعف للامراض التيفوسية)

ويوجد فى جميع الامراض التيفوسية استعداد عظيم لاصابة الجلد اصابة طفحية على شكل طفح نكتى وردى فانه يظهر فى جميع هذه الامراض الطفح المذكور وان فقد احيانا منها كما فى الطاعون وحيث ان هذا الطفح يظهر فى جميع الامراض المذكورة فمن الجائز ان يظن انه لافائدة فى جعل نوع مخصوص من الامراض التيفوسية ونسبته لذلك وتسميته بالتيفوس الطفحى ومع ذلك فهذا امرضرورى فانه لايعنى بالتيفوس الطفحى بقطع النظر عن أسبابه النوعية كل مرض تيفوسى مصحوب بطفح غزير بل يعنى بذلك نوع مخصوص من الامراض التيفوسية اعنى تيفوسا بسيطا مصحوبا بطفح وردى غزيروان الطفح

المذكور في هذا النوع يكون بنسبة سير المرض ومدته ومن تبطابه ارتباطا قويا في تقدمه وانحطاطه بحيث ان هذا المرض يلتبس بصفة الحميات الطفحية ثم ان الاستعداد لاصابة الجلد بالطفح الوردي ولونه واصف لجميع الامراض التيفوسية لا يوجد فيها على حدتها فقط لكن لا ينبني على ذلك جعل جميع الامراض الحادة بل والتسممية الحادة التي يظهر فيها هذا الطفح الوردي زمنا فزمنا من جملة الامراض التيفوسية فانه بقطع النظر عن الهيضية التي قد يكتسب فيها الطفح الشكل الوردي يشاهد في كثير من أحوال الحمى الصفراء وفي بعض أحوال اليرقان الخطر الذاتي بل وفي بعض أحوال الدرن الدخني الحاد

ولنتكلم الآن بعد اعتبار الامور السابقة على مسئلة جعل الامراض التيفوسية اشكالا مختلفة من مرض واحد كما كان يظن سابقا أو انها امراض متنوعة مختلفة غير مماثلة لبعضها أعني هل هذه الامراض تنوعات لتغير مرضي واحد أو انها من الابتداء تغيرات مرضية مختلفة بالنسبة للتغيرات التشريحية والاعراض والسير فنقول ان الامراض التيفوسية بلاشك مختلفة من ابتداء منشئها فان المرض التيفوسي المتصف بتغير مخصوص في الغشاء المخاطي للمعاء اللفائفي مثلا يختلف ولا بد اختلافا تشريحيا عن مرض تيفوسي لا يوجد فيه هذا التغير وان الاختلاف يحصل من حيثية الاعراض تبعا لذلك ولو بالنسبة للتغير المرضي المعوي المخصوص وهذا أمر بديهي لا نقض فيه ولا ابرام فمسئلة اختلاف الامراض التيفوسية أو تماثلها متعلقة حينئذ بالاسباب خاصة ومعنى ذلك انه هل يوجد لكل مرض تيفوسي سبب نوعي خاص به اعني اصلا معديا خصوصيا أي مادة سمية نوعية خاصة بكل نوع منها على حدته ينتج عنها بتأثيرها مرض تيفوسي واحد كالتيفوس البطني او الطفحي دون غيره من الامراض التيفوسية أو انه لا يوجد الا أصل معد تيفوسي واحد عمومي بتأثيره ينشأ عنه تارة شكل من الامراض التيفوسية وتارة شكل آخر منها على حسب تنوع المؤثرات الظاهرية التي تكون متسلطنة وقت تأثير هذا الاصل المعدي أي السم التيفوسي العمومي

والذي

والذى نراه ان القول الاول هو القريب للعقل بل المثبت بالتجارب ومما يؤيد ذلك اعنى القول بتعداد الاسباب النوعية مايشاهد فى عدوى الامراض التيفوسية اذ بذلك يتضح ماذكرناه اتضاحا عظيما فان القول بوجود أصل معد تيفوسى واحد يترتب عليه ولابد الاعتراف بأن المريض المصاب بالتيفوس البطنى مثلا قد يعدى تارة بهذا الداء وتارة بالطفحى واخرى بالتيفويد الصفراوى اعنى الحمى التيفوسية الصفراوية وهلم جرا وهذا مخالف بالكلية للتجارب المعلومة فان المعروف ان التيفوس البطنى اذا كان مكتسبا للصفة المعدية ينشأ عنه تيفوس بطنى ليس الا وان كان الطفحى متسلطنا تسلطنا وبائيا فى أى جهة وانتقل المريض به الى جهة غيرها لابد وان يعدى بهذا الداء اعنى الطفحى لا لخلافه

ومما ينافى كون المؤثرات الظاهرية الوقتية المعبر عنها بالبنية المرضية الوطنية هى التى تصير التيفوس تارة بطنيا وتارة طفحيا ماذكره على وجه الحق المعلم بيتا من ان كلا هذين النوعين يوجد متسلطنا فى الندرة فى آن واحد ولو كانت البنية المرضية الوطنية المتسلطنة واحدة وان كان أحد النوعين المتقدمين احيانا اكثر تسلطنا فلابد وان كلا منهما يشاهد على الدوام بحالة وضوحه بدون تنوع فيه وان قدم جملة من المرضى المصابين بالتيفوس من مكان واحد فلابد وان يكونوا مصابين بشكل واحد من هذا الداء بدون استثناء وعند تسلطن وباء التيفوس البطنى تسلطنا عظيما اذا دخل مريض فى المارستان مكانا فيه التيفوس الطفحى فلابد وان هذا المريض كما انه يعدى غيره كذلك هو يصاب بالتيفوس الطفحى ليس الا ولو مع وجود بنية مرضية متسلطنة واحدة فلا يسوغ القول بأن احوال الشخص البنية والمؤثرات المرضية الظاهرية هى التى تكسب هذا المرض تارة الشكل الطفحى وتارة الشكل البطنى أو غير ذلك عند تأثير المؤثرات المرضية العامة فانه قد يشاهد فى المحلات المتسلطن فيها التيفوس البطنى منذ سنين ظهور التيفوس الطفحى عند العدوى من مصاب بهذا الداء كما حصل ذلك فى مصر فان الشكل التيفوسى المتسلطن فيها على الدوام هو النكس أو أحد أشكاله المستمر وهو التيفويد الصفراوى

وعند تسلطن التيفوس الطفحى سنة ١٢٨٠ كاد أن ينطفى النحكسي بالكلية هذا وان نظرنا الى الاختلاف بين الامراض التيفوسية وبعضها من تاريخ منشئها وانتشارها الجغرافى اتضح لنا بعض حقايق وان كانت قابلة لبعض توجيهات الا انها تؤيد اختلاف نوعية أسباب هذه الامراض فان الطاعون كان منتشرا فى العصر المتوسط فى جميع أوربا انتشارا عظيما ثم تناقص فى القرن السادس عشر وظهر فى السابع عشر والثامن عشر قاصرا على بعض المحال ثم انطفى من أوربا بالكلية ولا يمكن نسبة ذلك الى الاحتراس من سريان الاصل المعدى للطاعون فقط بل كذلك الى احوال أوربا الظاهرية الصحية وغيرها التى تنوعت فى هذا العصر الاخير تنوعا عظيما فهل هذا التنوع هو الذى يعرض الشخص عند تأثير هذه الاصول الميازماتية بمرض غير الذى كان يعتريه سابقا أوانه وهو الحق كان يتكون فى أوربا فى ذلك الزمن (الذى كانت فيه ارضها قليلة الزراعة وبقاعها كثيرة الاجام والتعفن والقاذورات وتراكم الاهالى فى مدن ضيقة غير متجددة الهواء وكان التعفن الرمى بقرب المساكن كثيرا جدا) اصول معدية ميازماتية اخرى خلاف الموجودة الآن بخميع مايشاهد وقتئذ يؤيد الرأى الاخير فانه ان قدم مريض باور بامصاب بالطاعون ودخل فى احدى اللازريتات أى اماكن الكرنتينا فلا تتغير بذلك أحوال من يباشر خدمته الصحية وليس من النادر اصابته بالطاعون مع ان هذا الداء لم يشاهد فى تلك الاماكن منذ ثلاثين سنة وأكثر مهما تغيرت البنية المرضية الوطنية فيها فحينئذ لابد وان يكون المريض هو الذى جلب معه السم الطاعونى الذى لا يتكون تكونا ذاتيا مطلقا

وعين ماذكرناه فى اوربا كان موجودا فى الاقطار المصرية التى كانت تعد ينبوعا أصليا لهذا المرض لكن بالالتفات الى الاسباب التى بها انطفات جمرة هذا الداء الدفين خمدت ناره من نحو أربعين سنة وذلك باتباع الاصول الصحية العامة وازدياد العمارات والاكثار من الزراعة بانواعها النافعة وازالة الاجام والبرك العفنة والاوخام وضبط فيضان النيل وتنظيمه بواسطة الاشغال العمومية على

و جه حسن ومنع دفن الموتى وسط المدن والقرى وازالة ما كان بها من المقابر وانتخبت الاجداث بالبعد عن السكن فكاد أن يكون هذا الداء مرضا تاريخيا والفضل فى ذلك للعائلة المحمدية العلوية الخديوية

ثم انه فى أثناء انطفاء الطاعون من اوروبا ازداد ظهور التيفوس الطفحى فيها والآن وجوده قاصرا على بعض المحال بحيث لا يوجد محكوتا النوع الاعتيادى من الامراض التيفوسية الا فى بعض أجزاء اوربا غير المنتظمة فى التمدن والعمارية كسواحلها الغربية وبلاد الليه ولم نشاهده فى مصر الاعلى حالة وبائية كما تقدم

فبالتأمل بالدقة والبحث الجيد فى ماذكرناه يتضح ان الامراض التيفوسية أنواع مختلفة متنوعة الاسباب فما يقال فى انفراد اسبابها يمكن رفضه واثبات تنوع الجوهر السم المحدث لها وبالنسبة لذلك تنقسم تلك الامراض الى أنواع أربعة رئيسة وهى

اولا التيفوس الطفحى المعروف بالنمشى = ثانيا التيفوس البطنى المعروف بالحمى التيفويدية عند اطباء فرانسا = ثالثا التيفوس النكسى المعروف بالحمى الراجعة وفى مصر بالنوشة ولها مشابهة تامة بالامراض الاجامية = رابعا الطاعون

ثم انه يوجد خلاف ماذكر امراض تيفوسية خفيفة جدا تعتبر اشكالا خفيفة من الانواع الاربعة التى ذكرت آنفا وسيأتى شرح ذلك عند كل مرض تيفوسى على حدته لاننا نوضح هناك اشكال كل مرض خفيفة كانت أو ثقيلة وانما ننبه على انه لا ينبغى اعتبار الاشكال الخفيفة تنوعات اخرى من الامراض التيفوسية

وقد استحسنت وضع هذا الكلام الكلى على الامراض التيفوسية وان لم يتعرض له المؤلف نيمير لايضاح ما تقدم مع اضافة شرح الطاعون ولو انه الآن مرض تاريخى لما فى ذلك من تتميم الفوائد والنفع العام بالنسبة لبلادنا المشرقية

(المبحث السابع)

فى التيفوس الطفحى

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التيفوس الطفحى من جهة يقرب جدا من الامراض التسممية الطفحية

كالحصبة والقرمزية والجدري بالنسبة لشدة عدواه والطفح المنتشر على الجلد ومن جهة أخرى يقرب جدا من التيفوس البطني لتشابه اعراضه له مشابهة تامة حتى زعم بعض المؤلفين المشهورين انه شكل منه ثم ان عدوى التيفوس الطفحي لا ينكرها الا الاطبا الذين لم يشاهدوه الا على شكل وباء منتشر جدا فانه حينئذ اذا انتشر وعم مدينة أو ولاية انبهم الامر فلا يعلم ان كان المرض انتقل من شخص الى آخر أو أصيب كلاهما عند تعرضه لسبب عمومي وينعكس ذلك اذا ظهر في محل قليل الامتداد يمكن ملاحظته وكان مصونا عن هذا المرض لحين ظهوره فيه ففي هذه الحالة يسهل الحكم بان كان هذا المرض معديا أولا وجميع الاطباء الذين لاحظوا ذلك يقولون ان عدوى هذا الداء لا تكاد تكون أكثر وضوحا في غير هذا المرض من الامراض المعدية الاخرى ثم ان الاصل المعدى لهذا الداء يوجد في الهواء الجوى المحيط بالمرضى ويتشبث في ملابسها وفراشها وغير ذلك ولذا كانت معالجة المصابين بالتيفوس الطفحي وخدمتهم أشد خطرا من المصابين بالهيضة أو التيفوس البطني بل ان هذا المرض قد يسرى الى اشخاص متوسطي الصيانة عن الاصابة به كما يشاهد ذلك في الحصبة وكلما كانت المرضى أكثر كما كان تكون السم المعدى أكثر اشتدادا فاذا كان محل ذو اتساع معلوم ممتلئا بمرضى متراكمة فيه كان تكون الاصل المعدى فيه وانتشاره أكثر مما اذا كان فيه قليل من المرضى أو مريض واحد بالاولى

والى الآن لم يمكن قطع الحكم في كون التيفوس الطفحي ينتشر فقط بمجرد العدوى التي لا شك فيها أو انه ينتشر انتشارا ميازماتيا مع الهواء ومعظم المؤلفين يقول بانتشاره بكليهما فان القول بتخصيص كل مرض بانتشاره اما بالاول أو الثاني ليس مثبتا حتى ان المؤلفين المعضدين لهذا الاخير نجد أقوالهم في ذلك غير قارة فانه ان اعترفنا بان جرثومة الاصل المعدى للهيضة الآسية قد نشأت ابتداء في بلاد الهند على الارز المتغير وانتقلت من هنالك بالاشخاص المصابين بهذا المرض بواسطة المواد البرازية الخارجة منهم ساغ القول بما يقرب من العقل جدا بان جرثومة الامراض المعدية الوطنية

في بلادنا

فى بلادنا تتكون خارج الجسم متى وجدت الشروط اللائقة لتكونها ثم تنتقل بواسطة المصابين وتنتشر واما القول بمنشأ الامراض التسممية منشأ ذاتيا بمعنى ان سببها نتيجة اسباب مضرة باجتماعها يتكون عنها الاصل المعدى فمرفوض البتة فان من قال بذلك اعترف بوجود التولد الذاتى وهذا أيضا مرفوض رأسا واما القول بانه يوجد خلاف الامراض الميازماتية المحضة أعنى التى جرثومتها تتولد خارج الجسم ولا تتولد وتتكاثر فى داخله امراض أخرى ميازماتية معدية أعنى ان جرثومتها تتكون خارج جسم المصاب وداخله بمعنى انها تتولد وتتنوف فى المواد الفضلية المنفذة منها فسلم وهناك عدة أمور ترجح هذا القول (الذى لم يعلم له نفى قوى) ومطابقة له أكثر من مطابقتها للنافى للامراض الميازماتية المعدية فاننا نشاهد التيفوس الطفحى كثيرا ما يظهر فى أحوال لا يتوهم العقل مرمانه فيها كظهوره وانتشاره فى السفن حال سياحتها (ويعرف بتيفوس السفن) وفى السجون المغلقة (ويعرف بتيفوس السجون) كما اننا نشاهد ظهوره فى أحوال يظهر انها تعين على نمو الجسيمات الحيوانية الدقيقة المكرسكوبية كزمن القحط الذى يتعاطى فيه الاغذية الفاسدة العفنة (ويعرف بتيفوس القحط) وفى المارستانات المشتملة على عدد عظيم من المرضى التى فيها يكون الهواء مشحونا بعفونات الفضلات (ويعرف بتيفوس المارستانات) وينتشر اذذاك التيفوس الطفحى بكثرة بحيث يمكن الحكم بحصوله من قبل متى وجدت الشروط السابقة ومن الواضح ان ذلك ليس المراد منه نفى القول بان جسم المريض المصاب عقب دخول جرثومة هذا المرض فيه لا يكون واسطة مساعدة على نمو هذه الجرثومة أو تولدها أكثر من اللحم المتعفن وهواء المارستانات المحمل للتعفنات الحيوانية وان المرض لا يبقى قاصرا على اصابة واحدة بل يسرى وينتشر انتشارا عظيما ولو بعد زوال الاحوال التى ساعدت على ظهور الجرثومة المرضية ونموها خارج الجسم فان ثبت ما ذكرناه انفا من ان جرثومة الهيضة قد تتكون ابتداء فى الارز المتغير قوى الظن بان جرثومة الاصل المعدى للتيفوس الطفحى تتكون خارج الجسم فى المواد الحيوانية المتعفنة ايضا وانه فى الازمنة التى تجتمع فيها الشروط المساعدة على كثرة ولداتها يزداد ازديادا عظيما بحيث يهدد باصابة الاشخاص وانتشاره

فيهم ثم ان الاستعداد للاصابة بالاصول الميازماتية المعدية للتيفوس الطفحي منتشر جدا فلا يبقى مصونا عن الاصابة به الاسن الطفولية والشيخوخة ويستوى فى الاصابة به الذكور والاناث بدون تفاوت واقويا البنية وضعفاؤها والظاهر ان التعب المفرط وغيره من المؤثرات يزيد فى الاستعداد وان الاصابة بهذا المرض مرة تطفئ الاستعداد للاصابة به مرة أخرى

وذكر كل من هرش وجرسنجر فيما يخص انتشار التيفوس الطفحي فى أوربا انتشارا جغرافيا فقال ان هذا التيفوس من ابتداء القرن السادس عشر الى الثامن عشر كان مكونا للنوع التيفوسى المتسلطن والمنتشر فى جميع اقطار اوروبا وعظم انتشاره من ابتداء هذا القرن مدة الحرابات الواقعة فيه ثم صار نادرا جدا حتى قيل انه لا يوجد مرض تيفوسى بدون التقرحات المعوية وانما فى هذا الزمن الاخير زال هذا الخطاء بظهور ذلك المرض ظهورا وبائيا فى بعض اقاليم اوربا ومدة حرب القرم وأما فى جزائر انكلترة وبعض خطط من مركز اوربا فان هذا التيفوس يكون الشكل الوطنى المستمر وأما فى جنوب اوربا وجزء ايطاليا السفلى والبلاد المشرقية وبلاد المجر فان التيفوس المذكور قد يظهر وحده أو مصاحبا لغيره من انواع الامراض التيفوسية

(تنبيه) لم اشاهد هذا المرض متسلطنا فى اقليمنا تسلطنا وبائيا عظيما الا فى سنة ١٢٨٠ من الهجرة وما عدا ذلك فقد تشاهد اوبية صغيرة زمنا فزمنا لا يمكن نسبتها على الدوام لسريان هذا المرض بالعدوى المحض وحينئذ فمن الجائز أن يكون منشاها ميازماتيا

(الصفات التشريحية)

الطفح الوردى الواصف للتيفوس الطفحي لا يمكن معرفته فى الجثة مثل طفح الحصبة والقرمزية فانه بعد الموت تزول الاحتقانات المحدودة للجلد عند امتقاعه امتقاعا عاما لكن ان حصل فى هذه الاحتقانات المحدودة تمزق فى بعض الاوعية الشعرية وانسكاب دموى فى جوهر الجلد شوهد فيه بعد الموت بقع غشية عديدة منتشرة لكن ذلك لا يوجد على الدوام وينبغى

الاحتراس

الاحتراس من الوقوع فى الخطأ والظن بان النمش عرض واصف للتيفوس الطفحى (المعروف بالتيفوس النمشى) ثم ان الطفح الوردى الذى نشرحه هنا مفصلا مع التغيرات التشريحية لهذا المرض كما أجرينا ذلك فى مبحث الحصبة والقرمزية والجدرى له مشابهة عظيمة ببقع الحصبة فيشابهها فى العظم والشكل واللون وقد يختلط ببعضه احيانا أيضا مكونا لاشكال غير منتظمة الا انه لا يكون موشحا بحلمات صغيرة مثل الطفح الحصبى وهذه البقع الوردية تكون تارة موازية لسطح الجلد وتارة تعلوه بقليل ثم ان هذه البقع التى يقل انضاحها بالكلية فى التيفوس البطنى بل لا توجد فى جميع احواله وان وجدت يعسر مشاهدتها على البطن والصدر ولا تكون مشاهدتها قاصرة فى التيفوس الطفحى على هذه الاجزاء بل انها تغطى بعدد عظيم جدا جميع الجذع والاطراف وتتضح اتضاحا عظيما بحيث لا تختفى ولا تصعب مشاهدتها ويندر ظهورها فى الوجه وهذا الامر يمنعنا من الوقوع فى الاشتباه بين الطفح الحصبى والطفح التيفوسى وكذا باقى التغيرات التشريحية التى تشاهد فى الجثة فانها تشابه مايشاهد فى الامراض الطفحية فان حصل الموت بسرعة شوهد ان الجثة قليلة النحافة والتيبس الرمى عظيم جدا ويوجد فى المحلات المنحدرة احتقانات انحدارية عظيمة والعضلات تكون ذات لون داكن ويحتوى كل من القلب والاوعية العظيمة على دم داكن شبيه بعصارة السكرز والغشاء المخاطى للمسالك الهوائية يكون محتقنا احتقانا عظيما ومغطى بمواد مخاطية لزجة وكثيرا ما يوجد فى الجوهر الرئوى تكبدات رخوة ممتدة أو أجزاء هابطة على بعضها والعقد الشعبية تكون منتفخة لكنها ليست من تشحمة ولا لينة ولا يوجد فى القناة الهضمية ولا فى العقد المساريقية تغيرات مهمة قارة والطحال يكون عظيم الحجم لين القوام — وان حصل الموت فى الادوار الاخيرة من هذا المرض شوهد أن التيبس الرمى قليل جدا ولا يستمر زمنا طويلا والجثة تكون واقعة فى النحافة وجناحا الانف ترابيين وكل من الاسنان واللسان مغطى بطبقة مسودة هباثية والدم محتو يا على تعقدات ليفية داكنة تميل دكنيه الى عصارة الكرز الاسود المحمر وجدر الاوعية تكون

فى حالة ارتشاح ويوجد عادة فى الرئتين تكبدات ممتدة والطحال يكون منتفخا انتفاخا عظيما ويوجد فيه احيانا انسكابات دموية أو خراجات صغيرة وكل من المعدة والمعا لا يوجد فيه تغيرات تشريحية احيانا وغاية ما هنالك انه يوجد انتفاخ فى الاجربة المتفرقة المعوية وفى غدد بيير كما يشاهد ذلك فى غير هذا المرض من الامراض الطفحية وكذا باقى الاعضاء لا يوجد فيها تغيرات تشريحية قارة واصفة وفى الاحوال النادرة التى فيها يحصل الموت متأخرا جدا عقب ظهور مضاعفات ثقيلة تشاهد تغيرات تشريحية مختلفة كتقرح النكفتين وانتفاخهما المنتشر والتهابات غشائية أو دفتيرية وموت منتشر فى المنسوج الخلوى وغنغرينات وضعية وغنغرينة الاطراف ونحو ذلك

وحصول هذا التغير الاخير كان كثيرا جدا فى الوباء الذى تسلطن فى مصر وفى مارستاننا سنة ١٢٨٠ هجرية كما تقدم بحيث ان شدة انتشار الطفح الوردى واعيته للجذع والاطراف بل وراحة اليدين واخمص القدمين مع مضاعفات ذلك بغنغرينات وضعية وغنغرينة فى الاطراف والاصابع كانت من الامور المتصف بها هذا الوباء

(الاعـــــراض والسير)

قليل من الامراض ما تكون اعراضه مثل اعراض هـذا المرض مشابهة لبعضها فى كل حالة وذات سير واحد عـند الاشخاص المختلفين

فدور التفريخ فى هـذا المرض الذى يمتد من ثمانية أيام الى تسعة ويندر أن يكون أطول من ذلك لا يكون فى أغلب الاحوال خاليا عن ظواهر مرضية فضلا عن كون هذه الظواهر المرضية التى هى فى الاحوال الخفيفة عبارة عن قشعريرة خفيفة وألم فى الرأس وقلق وفقد فى الشهية واحساس بتعب وتكسر وضجر وقصارى الامر انها اعراض كالتى تسبق غير هذا المرض لا تدلنا على نوع المرض الاخذ فى الهجوم وطبيعته وانما فى الازمنة التى يكون فيها التيفوس الطفحى متسلطنا وبائيا يمكن الظن عند وجود الظواهر المرضية السابقة ان المريض مصاب بتسمم تيفوسى ويقوى الظن ان وجد مع ذلك اصابات نزلية كالسعال والزكام وحرقان الاعين بحيث

يتوهم فى غالب الاحوال ان المريض مصاب بحمى نزلية بسيطة وشدة هذه الظواهر تختلف بحيث ان بعض المرضى فى اثناء حصولها يستمر على تعاطى الاشغال و بعضهم يلتزم الفراش

واما دور هجوم التيفوس الطفحى فانه يبتدأ تارة بقشعريرة شديدة مرة واحدة عظيمة الشدة مستطيلة المدة وتارة بقشعريرات خفيفة متكررة يعقبها احساس بحرارة شديدة مستمرة ومن أول نوبة قشعريرة تكاد المرضى تلازم الفراش وتحس بهبوط وضعف عظيمين وتشتكى بثقل فى الرأس أو دوار او احيانا بآلام شديدة فيه يمكن ان يتلطف بحصول رعاف وقتى وينضم لذلك دوار وشرر امام العينين وطنين فى الاذنين وثقل فى السمع واحساس مولم فى العضلات وارتعاش عند تحرك الاطراف وتكون المرضى هابطة مستلقية على فراشها وعندها خترفة فى الكلام وقت النوم وهذيان يهدء فى اليقظة و بعض المرضى يكون فى حالة قلق ورعب عظيمين وعندهم تصورات مرعبة مفزعة بحيث لا يمكن حجزهم فى فراشهم فتجبر خدما المارستانات احيانا على ربطهم فى الفراش أو تثبيتهم باكمام قميص المجاذيب وزيادة عن اعراض هذا الاضطراب العصبى يكاد يوجد دائما فى دور هجوم التيفوس الطفحى ظواهر نزلية شديدة فتمرع العينان من الضوء مع احمرار فيهما ويزداد افراز الدموع ويجف باطن الانف أو ينسد أو ينفرز منه ابتداء افراز سائل ثم يصير لزجا أو يجف على هيئة قشور ويتعسر الازدراد ويصير مولما ويتغطى اللسان بطبقة مبيضة و يصير طعم الفم عجينيا واحيانا يحصل غثيان أو قيء و يمكن ان يحصل اسهال وأكثر من هذه الاعراض التى قد تفقد احيانا وجود السعال الخشن المولم الذى تتفدق به كمية قليلة من مواد مخاطية لزجة مختلطة احيانا بقليل من الدم وعند التسمع على الصدر يحس بخراخر عديدة وسير الحمى وارتقاؤها فى هذا المرض وان لم يكن عندنا الا مشاهدات قليلة اكيدة بالخصوص الا التى فعلها المعلم وندرليش تدل على ان الحرارة تصل الى درجة ٤٠ أو ٤١ مئينية فى الايام الاول من هذا المرض و يكون النبض عظيما ممتلئا رخوا و يندر أن يكون مزدوجا وسرعته تصل الى مائة ضربة تقريبا فى الدقيقه الواحدة

و بسبب فقد جزء عظيم من سوائل الجسم المائية بالتبخير عقب ارتقاء درجة الحرارة العظيمة يكون العطش متزايدا جدا والبول قليلا متركزا في هذا الدور ويمكن غالبا اثبات ازدياد حجم الطحال بالقرع

واما دور الطفح فانه يبتدء بظهور البقع الورديه التي تبتدء بالظهور في النصف الثاني من الاسبوع الاول بين اليوم الثالث والخامس و يندر تاخيره للسابع وهذا هو المسمى بدور التزهر وذلك فيما اذا اعتبرنا تشابه التيفوس الطفحي بالامراض الحمية الطفحية الحادة ولو ان هذا التشابه لا يوجد الا في ابتداء هذا المرض ثم يزول فيما بعد وتكون البقع المذكورة في الابتداء قليلة وتظهر على الجذع فقط ثم تزداد شيأ فشيأ وتمتد نحو العنق والاطراف حتى تغطي الجسم ماعدا الوجه وتكون بالاقرب من بعضها في بعض المحال وفي غيرها تتباعد و يندر ان يكون الطفح قليل الغزارة وعلى كل حال ففي مثل هذه الاحوال يكون أكثر غزارة من التيفوس البطني وامامدته فاكثر طولا من الطفح العصبي والقرمزى فان البقع الوردية لا تأخذ في الزوال الا نحو انتهاء الاسبوع الثاني مع تناقص الحمى وباقي الظواهر المرضية وكلما استمرت هذه البقع تلاشى لونها الاحمر القاني بالتدريج وحل محله تلون مزرق ثم بالضغط عليها بنحو الاصبع تزول زوالا غير تام وكثيرا ما يستحيل منها جزء عظيم الى بقع نمشية - ثم ان الظواهر العامة لا تتحسن بظهور الطفح فالمرضى وان قل تشكيهم بالم الرأس والاطراف الا ان ذلك ناشئ عن زيادة اضطراب القوة العقلية بحيث لا يحسنون التصور ولا يتذكرون حتى انه بسؤالهم لا يحسنون جوابا بل يجيبون بكلام متقطع غير ملتئم ويكونون تارة في نوع هذيان خفيف واخرى شديد يشبه الجنون بحيث يخرجون من فراشهم على الدوام وفي أثناء النقاهة لا يكون عندهم أدنى تصور من ذلك ويزداد ثقل السمع ازديادا عظيما ويكون اللسان جافا مغطى بقشور مسودة والملتحمة محتقنة ويتلطف السعال لكن التنفس يكون سطحيا سريعا على هيئة اللهث وفي الصدر يحس بخراخر عديدة ممتدة والقرع يكون أصم غالبا في المحال المنحدرة و يحصل في بعض الاحيان امساك واخرى اسهال قوي ويخرج البول قهرا في الفراش وتستمر

الحمى فى الاحوال الخفيفة تبعا لرأى المعلم وندرلش الى نحو انتهاء الاسبوع الاول الى أرقى درجتها التى تصل اليها فى اليوم الثالث أو الرابع وربما يحصل فى النصف الثانى من الاسبوع الاول انحطاط خفيف فى درجة الحرارة بحيث يكون فى اليوم السابع أو الثامن فى درجة انحطاط عظيم ـ وأما فى الاحوال الثقيلة فان درجة الحرارة ترتقى أيضا فى النصف الثانى من الاسبوع الاول ولا يحصل انحطاط فى اليوم السابع وسرعة النبض الذى يكون فى هذا الزمن صغيرا رخوا يطابق تقريبا ارتقاء درجة الحرارة بحيث ان سرعة النبض فى الاحوال الخفيفة تصل الى ١٠٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة والى ١٢٠ بل أزيد فى الاحوال الثقيلة وفى انتهاء الاسبوع الاول يكون الطحال منتفخا عظيما وفى الاسبوع الثانى يكتسب الطفح لونا مزرقا فان جميع الظواهر المرضية ترتقى ارتقاء عظيما فيصل نحو وسط هذا الاسبوع أو انتهائه الى ارقى درجتها فحينئذ تلازم المرضى الاستلقاء على ظهورهم مع بعض انطباق فى أعينهم وانقلاب ركبتيهم نحو الوحشية واسترسال ايديهم بين الفخذين وبالجملة فانهم يكونون فى حالة خدر تام يكادون لا يستيقظون منه و يتكلمون بما لا يعقل ويظهر على سحنتهم حركات مختلفة و يفتشون بايديهم اغطية الفراش كندف القطن ويجتهدون فى القيام من الفراش زمنا فزمنا غير مدركين لما حولهم ولا متصورين لما يحيط بهم لكن عقولهم تتمادى على تصور الهذيان والاشتغال التام به بدرجة متفاوتة ولا يشتكون بالعطش وان كان لسانهم مغطى بالقشور الجافة أو المسودة اليابسة لكن عند اعطائهم الماء واحساسهم بنحو الكوبة بين شفتيهم يجتهدون فى الشرب مع الشراهة وان لم يجد نفعا غالبا لاهتزاز اللسان أو تيبسه وعدم تحركه وعسر الازدراد ويوجد على جناحى الانف طبقة دقيقية هبابية والاسنان واللثة تكونان مغطاتين بطبقة عجينية لزجة و بفسادها تتصاعد رائحة منتنة من الفم والجلد يكون مغطى غالبا عند كثير من المرضى ببقع نمشية أو بنحو بصلات دخنية وتوجد عند آخرين ظواهر التهاب رئوى أو هبوط رئوى ممتد وعند آخرين اعراض الالتهاب الحنكى ويمكن ان يحتوى البول على مواد

زلالية ثم ان هذه الظواهر مع الاضطراب العام الثقيل واضطراب المجموع العصبى الشديد وظواهر الالتهاب الرئوى والهبوط الرئوى أو النكس فى يمكن مشاهدتها فى كثير من احوال التيفوس الطفحى الذى يكون اتناؤه جيدا وهذا الامر مهم المعرفة حتى لا يبالغ الطبيب فى خطر هذا المرض وترتقى الحمى فى جميع الاحوال فى ابتداء الاسبوع الاول سواء حصل انحطاط فى اليوم السابع أولا وفى الاحوال الخفيفة لا يستمر هذا الارتقاء الا أياما قلائل ولا يصل الى درجة شديدة جدا بخلاف الاحوال الثقيلة فان الارتقاء يستمر الى نحو انتهاء الاسبوع الثانى بل الى اليوم السادس عشر والسابع عشر بحيث يبلغ الارتقاء الى أقصى الدرجات (اعنى الى ٤٢ وأزيد) وضربات القلب اذ ذاك لا تكون مرتقية الى درجة عظيمة بل الغالب أن تكون ضعيفة ولذلك لا يحس بالغاط القلب مع الوضوح والقوة بل تكون واهية غير نقية ويكون النبض صغيرا غير واضح والدورة فى أعلى درجة من البطء بحيث ان الاجزاء التى تكون بعيدة عن مركزها توافق حرارتها درجة حرارة الاوساط المحيطة بها بحيث تظهر الايدى والاقدام باردة وأما الجذع فان حرارته تكون لذاعه

وأما الدور الثالث للتيفوس الطفحى المعبر عنه بدور البحران فانه يبتدئ على الدوام فى الايام الاخيرة من الاسبوع الثانى ولا يتأخر الى الايام الاخيرة من الاسبوع الثالث الا فى الاحوال الثقيلة جدا ومن الغريب الذى لا يمكن تصوره الا بالمشاهدة معرفة الانتقال العجيب للظواهر المرضية فى هذا المرض التى تحصل فى ليلة واحدة متى ابتدأ دور البحران فان المرضى يطرأ عليهم بعد ثوران جميع الظواهر المرضية ثورانا عظيما نوم عميق طويل تستيقظ منه مع سلامة القوى العقلية والادراك لكنها لا تتذكر ما حصل لها من ثقل المرض فى الايام الاخيرة وفى اثناء هذا النوم البحرانى العميق تهبط حرارة الجسم زيادة عن درجتين وتتناقص سرعة النبض زيادة عن ٢٠ أو ٣٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة وفى الاحوال الجيدة يعقب زوال الحمى النقاهة حالا فيكثر نوم المرضى ويكون ادراكهم عند التيقظ مكدرا قليلا وفى بعض الاحوال يبقى معهم حالة البلاهة مدة

طويلة وقد تصل الطبقة الوسخة المغطية للاسنان واللسان فيصير رطبا وتعود الشهية ويخرج بالسعال الخفيف نفث نضيج ويأخذ الجلد فى التفلس بعد زوال الطفح الوردى الذى كان منتشرا عليه وكذا البقع النمشية يبهت لونها شيأ فشيأ ويحط كل من حرارة الجسم وسرعة النبض الى درجة الحالة الطبيعية أو أزيد ويتناقص حجم الطحال ومع ذلك فلا يكون للمريض قدرة على ترك الفراش والمشى الا بعد بعض أسابيع ولو فى الاحوال الجيدة جدا وفى أغلب الاحوال يعود انتظام القوى العقلية وقوتها ببطء زيادة عن قوة الجسم

ثم ان دور البحران لا يعقب النقاهة حالا بدون اضطرابات اخرى فى جميع الاحوال بل انه فى الغالب يعقب التغير التيفوسى امراض تابعية تنشأ اما عن شدة الحمى أو اضطراب التنفس أو الحرمان المستطيل من الاغذية أو امتصاص بعض الارتشاحات وغيرها من الامور المضرة غير المعلومة التى تحصل فى أثناء سير هذا المرض والذى يثبت حصول الامراض التابعية بهذه المثابة هو كونها تحصل بعد انتهاء سير التيفوس الثقيل المستطيل والحمى النفاسية والهيضة وغيرها من الامراض العامة الثقيلة التى تحدث اضطرابا قويا فى البنية فبعض المرضى تطرأ عليه الحمى ثانيا بدون ان يوجد تغير التهابى فى عضو ما من الاعضاء وحينئذ تهلك المرضى بظواهر النهوكة العظيمة جدا فان قواهم التى ضعفت بالمرض تنتهك بسرعة وفى آخرين من المرضى قد تظهر التهابات وتقيحات ممتدة فى الحنكة وفى غيرهم التهابات رئوية أو بلوراوية أو التهابات دفتيرية أو جرابية فى المعاء وفى آخرين يظهر طفح دملى غزير أو بثور اكتيماوية أو خراجات عظيمة فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وبين العضلات وكثير من المرضى من تكون حياته فى خطر عظيم اما ببطء شفاء الغنغرينا الوضعية أو الامتصاص الصديدى وفى انتهاء الامر لا يندر تكون سدد ذاتية فى الاوردة الفخذية وتابعها التى تعقبها

ثم ان الانتهاء الاكثر حصولا فى التيفوس الطفحى هو الشفاء لا سيما فى الاوبئة غير الشديدة جدا وما كان يعلم من التجارب من ان الانتهاء بالموت نادر كما يزعمه كثير من الاطباء غير الممارسين لشدة الظواهر المرضية يسهل

توجيهه بكون مدة الامراض الدورية في الغالب تكون قصيرة فان الجسم لايمكنه تحمل هذا المرض المصحوب بدرجة حمى شديدة زمنا طويلا بدون أن تنتهك قواه وماقلناه من النظريات المعول عليها بان خطر الامراض التسممية ينشأ ولابد من ارتقاء درجة الحرارة فيها ارتقاء ينتج عنه شلل عمومي لاتستمر معه الحياة صارت تقويته بالتجارب العديدة التي فعلها المعلم وندرلش في وباء خفيف شاهده فانه لايكاد يحصل الموت في الاحوال المهلكة في اثناء شدة ارتقاء درجة الحرارة بل ان جميع المرضى الذين تجاوزت درجة حرارتهم ٤٣ هلكوا جميعا بحيث شوهد في الاربعة عشر الذين هلكوا في هذا الوباء القليل الشدة خمسة منهم ارتقت حرارتهم الى درجة لاتطاق بخلاف الذين لم تجاوز درجة حرارتهم ٤٠ فلم يهلك منهم أحد

وزيادة على ذلك يرتقي خطر هذا المرض بواسطة الالتهاب الشعبي الشعري والالتهاب الرئوي وهبوط الرية وبعض الاشخاص تهلك من امراض تابعية أو أنزفة مهلكة أو غنغرينا في بعض الاجزاء كارنبة الانف واصابع اليدين والرجلين والغنغرينا الرئويه وغيرها من الظواهر المرضية الواصفة لما كان يسمى أولا بالحميات العفنة التي تنتشر انتشارا وبائيا عظيما وكان يهلك منها عدد عظيم من الاشخاص

وبالجملة فلنذكر بعض اشكال خفيفة من التيفوس الطفحي المسماة بالاشكال الاجهاضية قد شاهدتها بمارستان مجديبرج مطابقة بالكلية للمشاهدات التي حصلت في الوباء الذي انتشر سنة ١٨٤٣ وسنة ١٨٤٨ في براج وجميع من اصيب بهذا المرض كانت عدواه بالملامسة للمصابين بالتيفوس الطفحي أو اقرب منهم فكانت شكوى هؤلاء المرضى بقشعريرة وهبوط ودوار في الرأس وألم في الجبهة وتكسر في الاطراف وفقد في الشهية وغير ذلك من الظواهر التي تشاهد في دور تفريخ التيفوس الطفحي ثم اعقبها حرارة شديدة مستمرة وسرعة عظيمة في النبض وانحطاط قوى واضطراب في النوم مزعج باحلام رديئة وبعض المرضى يظهر عندهم هذيان وانضم لذلك ظواهر نزلية فالاعين المحتقنة كانت في حالة فزع من الضوء وغشا الانف

المخاطى كان جافاو ينسد الانف وكان يحصل للمريض سعال شديد تنقذف به مواد مخاطية لزجة وكان يشاهد فى هذه الاحوال الطفح الورى وتمدد الطحال وبالجملة فلم يكن عندنا أدنى شك بان المرض المبتدى هو التيفوس الطفحى غير ان هاتين العلامتين لم تكونا مستمرتين بل فى انتهاء الاسبوع الاول يزول الاضطراب العام والحمى وباقى الظواهر النزلية فتبتدأ النقاهة وتعود المرضى الى حالتهم الصحية ببطء بحيث يمكنهم ترك الفراش فى انتهاء الاسبوع الثانى

﴿المعالجة﴾

المعالجة الواقية من التيفوس الطفحى اعظم نجاحا وفائدة عما فى غيرهذا المرض من الامراض المعدية الوبائية فان عزل المرضى السريع التام عن الاصحاء من ابتداء ظهور الاحوال الابتدائية لهذا المرض يمكن به انقاذ أمة بتمامها من الهلاك وحينئذ فليس ثم أمر أكبر فائدة تقع من الطبيب غير اجراء الاصول الصحية بالعزل والتبخير لاجل منع انتشار هذا المرض السريع العدوى والانتشار

وليس عندنا وسائط علاجية بها يمكن تنقيص مدة التيفوس الطفحى أوايقافه فلذا نقتصر هنا على معالجة عرضية وحيث ان هذه المعالجة تفعل لاجل مقاومة الظواهر المرضية التى تخاطر بحياة المرضى لاسيما الحمى وان مقاومة الحمى هى المهم جدا فى معالجة التيفوس البطنى فنحيل ذلك على المبحث الآتى كما انا نذكر هناك الوسائط العلاجية التى تقاوم ارتقاء الظواهر النزلية للاعضاء التنفسية والانحطاط الشديد والغنغرينا الوضعية وغيرها من الظواهر المرضية الخطرة فان الاخطار المذكورة تحصل بعينها فى التيفوس البطنى وتستدعى نفس الوسائط التى سنذكرها فى مبحثه

﴿المبحث الثامن﴾

(فى التيفوس البطنى المعروف بالحمى التيفويدية)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لا يعوّل على الرأى القائل بان التيفوس الطفحى شكل مرض تيفوسى بسيط

البطني مركب وكل منهما ناتج عن أصل مرضي واحد لكنه فيه ينضم للتغيرات التي تعتري الدم في التيفوس الطفحي تغيرات في اعضاء أخرى لها ارتباط تام بتكوين الدم وهي الغدد المعوية والمسار يقيه فاننا وان لم ننكر انه يوجد بعض مشابهة بين الظواهر المرضية للتيفوس البطني والطفحي لكن لا يسوغ لنا من هذه الحيثية التي ليست أعظم من مشابهة اعراض التيفوس الطفحي لاعراض الحصبة المصحوبة بحالة تيفوسية الحكم باتحاد تغيرات الدم في كلا هذين الشكلين من الامراض التيفوسية وان السم الذي يحدث التيفوس الطفحي والبطني متماثل الطبيعة كما لا يعول على الرأى القائل ان التيفوس البطني درجة عظيمة عالية من التسمم بالسم التيفوسي والتيفوس الطفحي درجة قليلة واهية فانه قد شوهدت أوبئة من هذا الاخير اشد خطرا من الاول وان الاحوال الخفيفة من أوبئة التيفوس الطفحي تكاد تكون شديدة الظواهر المرضية فيه سيما شدة الحمى والاصابات المختلفة أعظم منها في البطني ومن المعلوم ان المصابين بالجدري كثيرا ما يعدون غيرهم بالجدري والعكس وذلك يثبت أكيدا تماثل السم فيهما وأن المرضى المصابين بالتيفوس الطفحي لا تعدى الغير الا بهذا الداء نفسه لا البطني وذلك يثبت أكيدا عدم التماثل في سمهما وان طبيعتهما مختلفة ولو تشابهت اعراضهما واذا كان التشابه بين الحصبة والقرمزية فلابد وان يكون من المعلوم ان العدوى بالسم الحصبي لا تحدث مطلقا القرمزية وهذا دليل كاف على عدم التماثل وليسا درجة متفاوتة في الاصابة لمرض واحد وليس القصد مما ذكرناه انكار ما هو قريب للعقل من ان السمين التيفوسيين يقربان من بعضهما كالحصبي والقرمزي فان تشابه المحدث للبطني والطفحي يثبت من مشابهة تأثيرها اعني من مشابهة الاعراض المرضية ومن الشروط المعينة على ظهور أحدهما وسيتضح ذلك مما سيأتي

ومن الواضح ان التيفوس البطني ينتشر كالطفحي بطريق العدوى والمبازما مما يعني ان الجرثومة المرضية المحدثة للتيفوس البطني تتكون داخل الجسم المصاب كما تتكون خارجه عند اجتماع الشروط المعينة على ذلك وبهذا

يحصل الانتشار وان لم يمكني اثبات ذلك على وجه التحقيق الا انني انكر القول المستحدث بأن التيفوس البطني لا ينتشر الا بمجرد العدوى فقط لان ذلك بعيد عن العقل

والاصل المعدى في التيفوس البطني ليس قويا جدا كاصل التيفوس الطفحي ومن المقطوع به ان أصل التيفوس البطني المعدى يتشبث بفضلات المريض وان الاشخاص المعرضين للتصاعدات الآتية من المواد البرازية التيفوسية هم اكثر عرضة للعدوى بهذا الداء وأما الامر المشكوك فيه فهو ان التصاعدات الجلدية والغازات المتصاعدة من جسم المريض (التي هي حاملة للاصل المعدى في التيفوس الطفحي بلاشك وليست حاملة له قطعا في الهيضة) لا تكون كافية في سريان التيفوس البطني وانتشاره ويندر اصابة خدما المرضى والاطبا بالتيفوس البطني وان حصل ذلك يكون الامر مبهما لا يعلم هل الاصابة من التصعدات الآتية من المواد البرازية أو من جسم المريض وعلى كل حال فالاواني التي تلقى فيها المواد البرازية للمرضى نحو القصارى والمراحيض تكون أشد خطرا من مخالطة المرضى وملامستها

والذي يؤيد ظهور هذا المرض ظهورا ميازماتيا الاحوال التي فيها يظهر التيفوس البطني في بقاع بعيدة عن مخالطة الادميين والتي لم يظهر فيها هذا المرض من منذ سنين ولا يكون هنالك ادنى توهم في سريان الاصل المعدى لهذا المرض فيها ومتى لم يعتبر من القواعد العمومية ان المرض الميازماتي معدمطلقا فلا حاجة للالتجاء الى نظريات غير واضحة توجه بها الاحوال المذكورة التوجيه البسيط القريب للعقل في مثل هذه الاحوال بان الجسمات الالية الدنية التي تعتبر جرثومة للتيفوس البطني لا توجد فقط في جسم المرضى وفضلاتها البرازية بل توجد خارجة عنها أيضا وتكثر وتزداد متى اجتمعت الشروط المعينة على ذلك - ثم ان الامور المعينة على ظهور جرثومة التيفوس البطني وازديادها معلومة لنا نوعا وذلك انه يمكن اثبات حصول التيفوس البطني حصولا ذاتيا مكونا لاوبية خفيفة قاصرة على بعض الاماكن في البقاع التي يوجد فيها كمية عظيمة من جواهر حيوانية

أخذة فى التعفن ودخول جرثومة هذا المرض فى الجسم يظهر انه يتم بواسطة الرئتين أى بدخول الهواء المحمل بها ومع ذلك فقد توجد أمثلة تدل على اصابة جميع الاشخاص بالتيفوس البطى عقب شرب من ينبوع مياه متصل بمستودع أحد المراحيض وأما ازدراد تلك الجرثومة ووصولها فى القناة الهضمية مع بعض اللحوم العفنة فامر مشكوك فيه

ومما يعسر الوقوف على حقيقته واثباته كون التيفوس البطنى المنتشر فى المدن العظيمة هل منشاؤه ميازماتى أو من العدوى فانه فى مثل هذه المدن تكون شروط تكوّن جرثومة هذا المرض وازديادها تكونا ذاتيا وسريانها أيضا بواسطة فضلات المرضى البرازية فى غاية الوضوح فانه يوجد فى أرض المدن العظيمة جواهر حيوانية آخذة فى الفساد والتعفن بكمية عظيمة فقد اثبت المعلم يتنكفر وبرهن على انه يلزم لازالة الفضلات البرازيه المدينة مونيخ مثلا مائة وخمسون عربة لاجل حمل البراز المتحصل من أهاليها مع انه يكاد لايخرج منها كل يوم الا عشرة عربات بحيث ان سبعة أثمان هذه المواد البرازية يبقى متخللا باقيا بارضها فتتشرب منها - وسيتضح لنا فيما بعد ان عدد الاصابة بالحميات الاجامية فى بقعة من البقاع المنتشر فيها السم الاجامى يزيد وينقص بحسب ازدياد المياه الراكدة ونقصها وان تعفن الجواهر النباتية وتكوّن جرثومة الحميات المتقطعة منوطة بها كثرة وقلة (اعنى السم الاجامى) وكذلك من الثابت بالتجارب ان عدد الاحوال التيفوسية فى بقعة من البقاع المتسلطن فيها هذا المرض يزيد وينقص بحسب ازدياد رطوبة الارض ونقصها ويسهل توجيه ذلك بأن بعض درجات الرطوبة الارضية تكون مساعدة أو غير مساعدة فى تعفن الجواهر الحيوانية المنوط بها كثرة نمو الجرثومة التيفوسية أو قلتها فقد شوهد كثيرا ان تجفيف أرض رطبة تجفيفا فجائيا بنزول مياهها الاصلية المتخللة بها يترتب عليه ازدياد الامراض التيفوسيه وهذا أمر سهل التوجيه يستنتج منه ان ازدياد عدد الاحوال التيفوسية وتناقصه متعلق بانخفاض المياه الاصلية الارضية أو علوها فانه بانخفاض هذه المياه يسهل تعفن البقايا الحيوية التى احتوت عليها الارض لانها صارت عرضة للهواء بخلاف

صعودها تيك المياه فانه يزيل تعفن تلك المواد لكونها تكمن في باطنها ومع ذلك فليس هذا مطردا في جميع المدن واغلب أوبئة التيفوس تبتدئ في ابتداء حرارة الصيف أو بعدها أعني في الزمن الذي يمتد ويغور فيه الجفاف الى باطن الارض المتشبعة بيقايا حيوية ومع ذلك فكثير من الاوبئة ما يمكث زيادة عن فصل الصيف الحار بكثير بل و بعض الاوبئة يظهر أنه غير متعلق بالحرارة ولا بالجفاف فيبتدئ في فصل الخريف بل وفي الشتاء وأوبئة التيفوس لا تكون على العموم كثيرة الامتداد ففي الغالب تكون قاصرة على بعض القرى أو جزء مدنية بل وبعض بيوت منها وتكون جرثومة هذا المرض حينئذ في ماء بعض الينابيع أو التصاعدات الارضية او بعض المراحيض

ثم ان الاستعداد للتأثر من السم التيفوسي يختلف باختلاف الاشخاص ومن المهم معرفته ان الاشخاص الذين مكثوا زمنا طويلا في محال متسلطن فيها هذا المرض لا يصابون عند انتشاره فيها بكثرة ويكونون أقل مصابا من غيرهم اعني الذين قدموا الى تلك المحال عن قريب وذلك معلوم في باقي الامراض التسممية العامة ومن البعيد على العقل نسبة هذه الظاهرة في مثل هذه الاحوال الى قلة استعداد الاشخاص الاولين وكثرة استعداد الآخرين فانه بعد غيابهم عن هذه البقاع مدة مديدة وعودهم اليها ثانيا يساوون غيرهم في الاستعداد فالذي يقرب للعقل ان هذه الظاهرة مبنية على نوع تعود تدريجي على السم التيفوسي ولو لم يمكن ادراك ذلك وتوجيهه -

ثم انه بالنسبة لقابلية التأثر من السم التيفوسي قد دلت التقاويم الطبية بالنسبة لتأثير السن والنوع واحوال المعيشة المختلفة والبنية على ان الاطفال والشيوخ يندر اصابتهم بالتيفوس البطني والمستعدين له بكثرة هم المتوسطون في سن الحياة والرجال أكثر اصابة من النساء وأقويا البنية ذوو التغذية الجيدة أكثر من ضعفائها ذوي التغذية الرديئة والفقراء أكثر من الاغنياء وصيانة المصابين بالدرن الرئوي عن الاصابة بالتيفوس البطني ليست مطردة ومع ذلك يندر اصابة المصابين بالدرن الرئوي بهذا المرض ومثل ذلك يقال في التولدات السرطانية وامراض القلب وغيرها

من الامراض المزمنة أو الحادة وحالة الحمل والرضاع بالنسبة للنساء وأما النفاس فانه يقى من هذا المرض مطلقا والاصابة به مرة تطفى الاستعداد للاصابة ثانيا الا فى أحوال استثنائية ثم ان التيفوس البطنى قد انتشر فى هذا القرن الاخير من منذ ثلاثين سنة انتشارا عظيما وصار فى هذه المدة التيفوس الطفحى نادرا وكاد الاول ان يعم أوربا ما عدا بعض البلاد التى سبق ذكرها فى المبحث السابق وصار الآن هو النوع التيفوسى المتسلطن فيشاهد فى شمال أوربا أعنى الروسيا والدانيمارقة ومركز أوربا سيما المانيا وفرانسا والبلاد الواطية أى هولانده وسويسره كما انه يشاهد فى جنوب أوربا أيضا كايطاليا وغيرها ولا يندر ان يوجد فى الشام والممالك الاسيوية من الدولة العثمانية (ويندر وجوده بمصر) واما فى الجزاير البريتانية أعنى فى انكلترة فالمتسلطن فيها هو الطفحى ومع ذلك يوجد معه أحوال عديدة من التيفوس البطنى لا سيما فى القرى العظيمة وفى بلاد السواحل التى لم يأت لها عدد عظيم من مهاجرى ارلنده كما ذكره هرش وجرسنجر

(الصفات التشريحية)

من الجيد تبعا للعلم هامرنيش ان نتكلم على نتائج الصفات التشريحية التى تظهر ان حصل الموت فى الاسبوع الاول من هذا المرض أعنى قبل انتهاء سير التغير التيفوسى ثم نتكلم على التغيرات التى تظهر فى الجثة متى حصل الموت فيما بعد أعنى مدة ما تكون التغيرات التى حصلت من التيفوس نفسه أخذة فى التقهقر نحو الشفاء فنقول

جثة الهالكين من التيفوس فى الاسبوع الاول فانها تظهر فى حالة نحافة عظيمة وتيبس رمى واضح جدا وفى الاصفار المنحدرة من الجسم يوجد احتقانات انحدارية واضحة ويوجد احيانا فى قسم الجزا بتداء تكون الغنغرينا الوضعية وكثيرا ما تظهر الخياشيم ترابية والاسنان واللثة مغطاة بطبقة سوداء ويوجد على الجلد طفح دخنى غزير وعند دفح الجثة يشاهد الدم احمر داكنا والعضلات جافة يابسة والدم الكائن فى القلب والاوعية الغليظه يظهر كثيما قاتما يحتوى على قليل من المواد المنعقدة قليلة التماسك

حمراء مسودة وبندر احتواءه على تعقدات ليفية فاقدة اللون بالكلية ولم يدلنا البحث الكيماوي ولا المكرسكوبي الذي فعل الى وقتنا هذا على تغيرات مهمة بالنسبة لدم المصابين بالتيفوس تكون ناتجة عن التسمم بالسم التيفوسي بلا واسطة فان تناقص المادة الليفية يشاهد في غير هذا المرض من الامراض التسممية واما تزايد الكرات الدموية المتعلق بهابالا كثر اللون القاتم في الدم فالظاهر انه نسبي فقط ناشئ عن تكاثف الدم بسبب ازدياد حركة التبخير الحمى وفقد كمية عظيمة من مائية الدم عند وجود اسهال غزير وان استطالت مدة التغير التيفوسي حصل اضمحلال عظيم في كتلة الدم فيصير قليل المادة الزلالية والكرات الدموية ـ وكل من الدماغ والنخاع الشوكي لا يظهر فيه تغيرات تشريحية قارة بنسبة الاضطرابات الوظيفية التي شوهدت مدة الحياة فان كلا منهما يحتوى تارة على كمية عظيمة من الدم وتارة على كمية قليلة منه وقد يكون قوام كل منهما متناقصا وفي جميع الاحوال لا بد وان توجد تغيرات قارة في المسالك التنفسية والاعضاء التنفسية أيضا اما القرحة التيفوسية الحنجرية التي سبق ذكرها (في الجزء الاول) فلا يندر وجودها في كثير من الاوبية وكذا يوجد من الظواهر القارة علامات الالتهاب النزلي الشعبي الممتدة الى الفروع الشعبية الدقيقة مع احمرار في الغشاء المخاطي وتغطيته بمادة مخاطية لزجة قليلة ويظهر في المحل المصدر من الرئتين تغيرات انحدارية كثيرة الامتداد أو قليلته كالاحتقان الانحداري الشديد مع انتفاخ الحواجز بين الخلايا الرئوية وتكاثف جوهر الرئة تبعا لذلك (ويعرف ذلك بتطحل الرئة) وتارة اخرى اوذيما انحدارية أو ما يسمى بالالتهاب الرئوي الانحداري (كما تقدم ذلك في امراض الرئتين) وزيادة على ذلك توجد محال من الجوهر الرئوي كثيرة الامتداد أو قليلته في حالة اتيلكتازيا (أي هبوط رئوي) عقب انسداد الفروع الشعبية الموصلة لها بسبب انتفاخ غشائها المخاطي وتجمع الافراز فيها وقد توجد التهابات رئوية ليفية فصيصية أو فصية غير شاغلة للاجزاء الاكثر انحدارا من الرئة فلا تكون متعلقة بتغير انحداري وذلك عند ارتقاء التغير التيفوسي الى أقصى درجة لكن الغالب وجودها بعد انتهاء

سيره والغدد الشعبية تكون منتفخة كثيرة الدم ذات هيئة نخاعية احيانا كما سنشرح ذلك بالنسبة فى الغدد المسار يقية و يكون القلب رخوا وجوهره تارة ممتقعا وتارة ذا لون داكن أحمر وكل من الغشاء الباطن للقلب والاوعية الغليظة يكون فى حالة ارتشاح عظيم ذا لون أحمر متغير والطحال يكون متمددا تمددا عظيما بحيث يزيد حجمه عن الطبيعى من ثلاث مرات الى ستة وتكون محفظته متوترة توترا عظيما وجوهره لينا عجينيا ذا لون اسمر بنفسجى أو أسود محمر رخو ويندر أن تكون محفظته ممزقة فينسكب الدم من محل انفجاره فى تجويف البريتون وقاع كيس المعدة يوجد فيه اما أوعية وريدية عظيمة ممتلئة او يظهر غشاؤه المخاطى ذا لون محمر داكن رخو عقب احتقان الاوعية الشعرية الدقيقة أو ارتشاحه ارتشاحا رميا وأما التغيرات التشريحية المهمة التى سمى بها هذا المرض فتوجد فى المعاء الدقيق ولا سيما فى الغشاء المخاطى المعوى اللفائفى ونتبع فى شرح هذه التغيرات المعلم روكتنسكى الذى قسمها الى أربعة ادوار ففى الدور الاول اعنى دور الاحتقان يكون الغشاء المخاطى للمعى الدقيق محلسا الاحتقان وريدى عظيم يظهر منتفخا مسترخيا متغير اللون مغطى بمواد مخاطية واخلية بشرية وهذا التغير وان كان عاما لجميع الغشاء المخاطى للمعى الدقيق الا انه يكون أكثر اتضاحا فى جزئه السفلى بقرب صمام بوهين والغدد المسار يقية تكون منتفخة انتفاخا قليلا رخوة كثيرة الدم ذات لون مسمر وفى الدور الثانى وهو دور الارتشاح التيفوسى يتناقص كل من الاحمرار والانتفاخ العمومى للغشاء المخاطى و يتركز حول الغدد المتفرقة والمجتمعة للبيرا الكائنة فى الجزء السفلى من اللفائف فتحصل فى هذه الاجزاء تغيرات خاصة واصفة للتيفوس البطنى وهو ان الغدد المتفرقة والمجتمعة تنتفخ انتفاخا عظيما فى عدد كثير أو قليل منها بحيث انها تعلو على سطح الغشاء المخاطى المحيط بها بقدر نصف خط أو خط وهذه البروزات التى تكون عادة يابسة وذات لون سنجابى أو أصفر محمر تكون ذات حواف مفرطحة أو منقطعة باستقامة وتكون مرتكزة على الطبقة العضلية مثبتة بها مختلطة بالغشاء المخاطى المغشى لها اختلاطا تاما وحجم الغدد المتفرقة

المنتفخة

المتفخة يكون من حبة الدخن الى العدسة وأما الغدد المجتمعة ليبير فانها تكون مكونة للطخ سعتها من القرش الفضة الى الريال وشكلها يكون بالاكثر بيضاويا وتختلط مع بعضها بقرب الصمام بحيث انها تكون شاغلة فى هذا المحل من المعى الى جزء معوى طوله جملة قراريط وعند شق هذه الغدد المنتفخة يظهر من هيئة الشق كأن الغدد المعوية المريضة مرتشحة بمادة نخاعية رخوة سنجابية مبيضة أو حمراء باهتة ومع كونه قد علم فى العصر المتأخر أن التغير التيفوسى للغدد المعوية ليس عبارة عن ارتشاحها بمتحصل لا شكل له بل عبارة عن ازدياد عظيم فى عناصرها الخلوية التى هى طبيعية لها فقد حفظ مع ذلك لفظ الارتشاح النخاعى للغدد المعوية الواصف لتغيرها وبقى استعماله ثم ان هذا التغير قد يمتد بعيدا عن حدود الغدد المعوية فيوجد أيضا فى المنسوج الخلوى للغشاء المخاطى المحيط بهذه الغدد ارتشاح نخاعى عبارة عن تكون جديد خلوى آت من جسيمات المنسوج الخلوى الطبيعى كما قاله (ورچوف) والغدد المسارية فى هذا الدور تكون منتفخة وحجمها من الحولة الى الجوزة ولونها يكون سنجابيا محمرا ومنسوجها ذا مقاومة عظيمة وأما الدور الثالث الذى سماه روكتنسكى بدور الرخاوة واللين والانفصال فالتغيرات التى تشاهد فيه فى الغدد المريضة تغاير بعضها تغايرا عظيما فى الاحوال المختلفة فانه لا يندر أن ينقهقر هذا التغير بدون ان يحصل فساد فى جدر الجراب المعوى والغشاء المخاطى المغشى له فيزول انتفاخ الغدد المعوية ويمتص متحصلها بعد زوال العناصر الخلوية باستحالتها الى مادة شحمية وهذه الاحوال هى التى تطابق ما يسمى بالاشكال الخفيفة من التيفوس البطنى (أى الاشكال الاجهاضية) وفى احوال اخرى تستحيل الطبقة المغطية للجراب المعوى الى خشكريشة جافة هشة متلونة بلون أصفر بواسطة المواد البرازية وتكون الخشكريشة بهذه الكيفية قد يمتد الى جميع اللطخ المعوية بحيث يشابهها فى العظم والشكل وتارة يبقى تكون الخشكريشة قاصرا على جزء من الغشاء المخاطى المغشى للاجربة وحينئذ يكون شكلها غير منتظم زوايا ومستديرا وبالجملة فقد تنفجر الاجربة فى احوال

اخرى متكون فيها الطخ ببير بدون ان تستحيل الطبقة المغطية لها الى
خشكريشة وينصب متحصلها الى الخارج وفي مثل هذه الاحوال يكتسب
السطح الظاهر من اللطخ هيئة مخصوصة مثقبة أوشبكية (وهذا مايسمى
باللطخ ذوات السطح الشبكى) والغدد المساريقية في هذا الدور يكون
انتفاخها عظيما جدا بحيث ان بعضها يصل الى حجم بيضة الحمامة
أوالدجاجة وغلافها يكون ذا لون مزرق أواسمر محمر وأماجوهرها فانه يكون
ذا هيئة نخاعية سنجابية محمرة وأما الدور الرابع وهودور التقرح ففيه
تنفصل الخشكريشة المتكونة على اللطخ والغدد المتفرقة من الغدد
الكائنة أسفل منها أوعقب تلاشيها فيخلف ذلك فقد جوهر وهو المعبر عنه
بالقرحة التيفوسية وقد وصف المعلم روكتنسكى هذه القرحة التيفوسية بأن
شكلها يكون امامستديرا أو بيضاويا وذلك على حسب كونها اعقبت تقرح
جراب متفرق معوى أولطخ ببير أو يكون شكلها غيرمنتظم مشرزم فيما
اذا كان تكون الخشكريشة حصل بكيفية جزئية على سطح لطخ ببير وعظمها
يختلف فيكون امامن حجم حبة الدخن والعدسة الى عظم الريال ومجلسها
الجزء السفلى من المعى الدقيقة والقروح المتخلفة عن لطخ ببير يكون مجلسها
بالطبيعة موازيا لمحل اندغام المساريقا والقطر الطولى للقروح البيضاوية
يكون على اتجاه القطر الطولى للمعى وحافة القرحة تكون متكونة من دائرة
الغشاء المخاطى وهذه تكون منفصلة عن قاع القرحة بقدرخط متحركة
عليه وذات احمرار مزرق يصير فيما بعد سنجابيا ترابيا وقاع القرحة يكون
متكونا من طبقة رقيقة من المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى ومغطيه
للطبقة العضلية والغدد المساريقية يبتدئ انتفاخها في التناقص عقب
انفصال الخشكريشة الا انها تبقى عظيمة الحجم زيادة عن الحالة
الطبيعية مدة من الزمن ثم انه يوجد زيادة عن هذه التغيرات الاعتيادية
المذكورة التي تحصل في الغشاء المخاطى اختلافات عديدة تذكر الرئيس
منها بالاختصار فمنها احتقان الغشاء المخاطى وهوقد يرتقى في الدور الثاني
اوالثالث الى درجة عظيمة جدا أعلى الغدد المتقيحة وحولها فيصير الغشاء
المخاطى ذا لون أحمر مسمر وعليه بقع اكيموزية واللطخ التيفوسية تظهر

اسفنجية كثيرة الدم كانها تولدات بوليبوسية ومفصل المعى يكون مختلطا بكمية عظيمة من الدم ومنها تثقب المعى وهو عارض خطر يحصل فى الدور الثالث اعنى دور انفصال الخشكريشة وذلك يحصل بالكيفية الآتية وهو ان الجزء المغطى للاجربة من الغشاء المخاطى ليس هو الذى يقع فى التنكرز والموت فقط بل كذلك الاجزاء المقابلة له من الطبقة المصلية والعضلية وهذا التثقب يعقب التهاب بريتونى شديد جدا وقد تحصل التهابات بريتونية خفيفة فى أثناء سير هذا المرض بدون تثقب معوى ويختلف أيضا امتداد التغير التيفوسي فى الغشاء الهضمية فتارة لايكون مصابا به الاقليل من الغدد البيرية وبعض الاجربة المتفرقة وتارة يكون المعى اللفائفى مصابا فى جميع اجزائه وفى مثل هذه الاحوال تكون شدة التغير المرضى متركزة نحو الصمام اللفائفى الاعورى زيادة عما يحصل فى الاجزاء العليا من المعا وفى بعض الاحوال تكون التغيرات المعوية على ادوار مختلفة بحيث يلتجأ الى القول بحصول دفعات من تغيرات تيفوسية جديدة ولا يندر ان يصيب القولون التغير المرضى التيفوسى (ويسمى بالتيفوس القولونى) وحينئذ يعترى الاجربة المتفرقة للقولون عين التغيرات التى تحصل فى الغدد المتفرقة فى المعا الدقيق ويمكن ان يمتد التغير التيفوسى الى المعا الصايم والجزء البوابى من المعدة (ويسمى هذا بالتيفوس المعدى) وحينئذ تصاب تارة الغدد المتفرقة وتارة محال من الغشاء المخاطى الموازية لثنياته

والصفات التشريحية فى مثل هذه الاحوال التى يحصل فيها الموت بعد انتهاء سير التغير التيفوسى فى أثناء التحام القروح المعوية وزوال متحصلات التغيرات التيفوسية الاخرى تخالف غيرها بالكلية من الصفات التشريحية التى سبقت ولا نقتصر هنا على شرح التغيرات التى تسبق التحام القروح بل نذكر أيضا مع الاختصار مايوجد من التغيرات فى باقى الاعضاء سيما وانه فى هذا الدور قد تشاهد تغيرات تشريحية فى بعض الاعضاء لاتوجد فى الاسبوع الاول من هذا المرض فى جثة الهالكين بل فى الاسبوع الثالث أو الرابع من التيفوس أو فى زمن متأخر عن ذلك فتكون المرضى فى

حالة نهوكة عظيمة ولون الجلد باهتا وتيبسها الرمى قليلا والاحتقانات الانحدارية اذا كانت الانيميا متقدمة تقدما عظيما قليلة أيضا وأما كل من الاسنان واللثة فيكون مغطى بطبقة مسودة وتوجد غرينا موضعية فى جزء الجزو المدور بين العظمين والمرفقين وهى عبارة عن فساد فى الجلد وفى باقى الاجزاء الرخوة حتى يصل احيانا الى العظام وفى كثير من الاحوال يوجد فى الاطراف السفلى أوذيما خفيفة وان كان أحد الشرايين الفخذية منسدا بسدادة دموية ذاتية كان انتفاخ الطرف المسامت لذلك عظيما جدا وكثيرا ما توجد لطخ نمشية وبعض حويصلات دخنية وبثرات اكتماوية واحيانا توجد خراجات فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وبين العضلات اواورام نكفية ممتدة . وعند فتح الجثة لا تظهر العضلات محمرة بل باهتة ويفقد الدم المنحصر فى القلب والاوعية الغليظة لونه القاتم ويكون مائعا ولا يندر ان يكون محتويا على مواد ليفية بكثرة اذا انضم للتيفوس التهاب احد الاعضاء . ولون الدماغ يكون باهتا وقوامه رخوا والنقط الدموية التى تسيل عند شقه تكون باهتة بحيث لا تخالف لون جوهر الدماغ المبيض مخالفة عظيمة كما فى الدور السابق . ويوجد فى الرئتين زيادة عن الاحتقانات الانحدارية التهابات رئوية فصيصية وفى تجويف البليورا احيانا نضح التهابى والقروح الحنجرية تزداد غورا بحيث تصل الى سمحاق الغضروف فتهتكه وفى احوال اخرى قد يوجد التهاب فى السمحاق الغضروفى الحنجرى بدون تقرحات فى الغشاء المخاطى وجوهر القلب يكون رخوا باهتا وكل من غشائه الباطن والطبقة الباطنة من الاوعية يكون مرتشحا . ويتناقص انتفاخ الطحال فتكون محفظته منثنية وجوهرها باهتا نوعا وكثيرا ما يحتوى هذا العضو على سدد دموية وكل من امتلاء الاوعية الغليظة والاحتقان الشعرى لقاع المعدة يزول بزوال انتفاخ الطحال والقروح المعوية تكون فى الاحوال التى حصل فيها الموت بمضاعفات أخرى آخذة فى الالتحام أوا لتحمت بالكلية وقد بين المعلم روكيتنسكى شفاء القروح المعوية أو التحامها بقوله ان دائرة الغشاء المخاطى المنفصل المكون لحافة القرحة تتقارب شيأ فشيأ من دائرة القرحة الى

مركزها

مركزها ثم تلتصق به وفى أثناء ذلك ينقص احتقانه وانتفاخه وتصير الطبقة الخلوية المغطية للطبقة العضلية فى قاع القرحة مبيضة اللون ثخينة ثم تستحيل الى وريقة مصلية يلتصق بها طرف حافة القرحة التصاقا غير مدرك ثم يمتد الغشاء المخاطى على هذه الوريقة المصلية شيأ فشيأ وكذا يمتد نحو مركز القرحة الا انه يسترق بسبب انجذابه وتمدده وعند ماتتلامس حوافى الغشاء المخاطى ببعضها وتلتصق يكون التحام القرحة قد تم والندبة الالتحامية تكون انبعاجا خفيفا بسبب رقة الغشاء المخاطى وكثيرا ماتحتوى على أخلية بجمنتية كثيرة الملاسة زيادة عن الغشاء المخاطى المحيط بها وموشحة بقليل من الحمل والتئام القروح التيفوسية لا يؤدى مطلقا الى تضايق فى المعا ثم انه فى أثناء التحام القروح المعوية تعود الغدد المساريقية الى حجمها الاصلى الطبيعى بل لا يندران تضمر وتصير على هيئة جسيمات صغيرة سنجابية وسخة وبعضها يكابد الاستحالة الجبنية ثم يتكلس ولا يحصل شفاء القروح المعوية على الدوام بالكيفية التى ذكرناها فقد يتأخر شفاؤها ثم يتم وفى احوال اخرى يحصل فى حوافيها وقاعها تقرح يؤدى لتأكل أوعية دموية ونزيف معوى غزير أو تثقب فى المعا ويعسر علينا الحكم بان كان تثقب الطبقة المصلية فى القروح المعوية المنفجرة ناتجا عن تقيح جوهر الطبقة المذكورة أو تنكرزها أو عن تأكل الطبقة العضلية وتلاشيها أو انثقابها انثقابا ميخانيكيا والامر المعلوم من ان كلا من التباعد عن التدبير الصحى والمؤثرات الميخانيكية كانضغاط مقدم البطن عند القئ قد يسبق تثقب المعاء يظهر انه يدل على ان هذا التثقب للغشاء المصلى كثيرا ما يحصل بكيفية ميخانيكية وزيادة عن أثر التغيرات التيفوسية الحقيقية قد يوجد فى جثة الهالكين بهذا المرض فى ادواره الاخيرة تغيرات تشريحية لالتهابات غشائية أو دفتيرية خصوصا فى المعاء الغليظ وباقى اجزائه ومن النادر ان تمتد هذه التغيرات الاخيرة الى الحويصلة المرارية وبالجملة فلنذكر هنا أيضا انه قد يوجد التهاب كاوى كثير الامتداد أو قليله وسدد دموية ذاتية فى الاوردة

﴿ الاعراض والسير ﴾

قد يسبق الابتداء الواضح لهذا المرض فى كثير من الاحوال بظواهر مرضية غير ثابتة ولا محدودة تستمر بجملة أيام بل اسابيع وهذه الظواهر وان لم يستدل منها على نوع هذا المرض فى ذلك الزمن الا انها مهمة فى التشخيص بعد اتضاحه لانها فى الحالة الراهنة تعين على تمييز التيفوس من غيره من الامراض التى تحصل دفعة واحدة بدون ظواهر سابقة وذلك كالاحساس بتألم عمومى مع الكآبة والضعف العمومى والاسترخاء وفقد الشهية واضطراب الهضم والنوم بالاحلام المزعجة وكذا الاحساس بالم الرأس والدوار وآلام مقصرة فى الاطراف التى تعتبر روماتزمية وقد ينضم لذلك رعاف متكرر وتستمر هذه الظواهر بعض أيام او بعض اسابيع وابتداء هذا المرض الحقيقى يعتبر من الزمن الذى يحصل فيه فى اثناء سير الظواهر السابقة نوبة قشعريرة كثيرة الشدة اوقليلتها وقد تكون هذه النوبة ابتداء وان ندرت شدتها مثل نوبة قشعريرة الحميات المتقطعة اوالقشعريرة التى يبتدئ بها الالتهاب الرئوى وفى هذه النوبة غالبا يفقد الارتعاش وصكيك الاسنان ومع ان نوبة القشعريرة كثيرا ماتتردد فقد توجد احوال مجردة عنها بالكلية ومن هذه الحيثية يتضح عدم الوقوف على ابتداء هذا المرض بالسؤال من المرضى سيما الذين لايعتنون بحالة صحتهم بحيث لا يعلم ان كان المريض فى اليوم السابع من المرض أو الثامن أو الثالث عشر أو الرابع عشر الى غير ذلك ثم ان ادوار التغيرات التشريحية التى يحدثها التيفوس فى الغشاء المخاطى المعوى لا تكون مطابقة لادوار اكلينيكية واضحة بحيث يمكننا تمييز الظواهر المرضية التى تطابق دور الاحتقان ثم دور الارتشاح ثم تكون الخشكريشة ثم القروح المعوية تمييزا واضحا ووصف الصورة المرضية فى كل دور من ادوار التغير المعوى وكذا الزمن الذى يمضى من أول نوبة قشعريرة لا يرتكن اليه فى معرفة دور التغيرات التشريحية التى يكون عليها التغير التيفوسى فى الغشاء المخاطى المعوى وانما الذى يمكن القول به ان التغير التيفوسى

المعوى ينتهى فى ظرف ثلاثة أسابيع أو أربعة وان الظواهر المرضية التى لم تزل مع المريض تكون متعلقة بنتايج التقرح المعوى أو بالاصابات التابعية للتيفوس الحاصلة من التسمم التيفوسى بواسطة التغيرات الحاصلة فى الدم أو الاعضاء المتعددة ولذا ميز الطبيب هرنيش دورين للتغير التيفوسى كما ان المعلم فوجل ميزله نوعين أيضا من الاعراض وهما اعراض التسمم التيفوسى واعراض رد الفعل وكذلك المعلم جريجير ميز لهذا المرض دورين أولا وثانيا ونحن أيضا نقتفى أثر هؤلاء الاطباء ونجعل له قسمين من الظواهر المرضية وهما اعراض التغير التيفوسى واعراض تغيراته التابعية فالاولى تكون فى الاسابيع الثلاث أو الاربع الاول من هذا المرض والثانية فى زمن انتهاء سيره

ففى الاسبوع الاول تصل حالة ضعف المريض وانحطاطه الى درجة عظيمة بحيث ان القليل من المرضى يمكنه ترك فراشه وتشتكى المرضى بألم فى الرأس كثير الشدة أو قليلها وغالبا يكون مجلس الالم الجبهة وتشتكى أيضا بالام فى الاطراف متنقلة وطنين فى الاذنين وشرر امام العينين ودوار يشتد عند جلوسهم فى فراشهم أو المشى ويكون نومهم غير منتظم مضطربا باحلام مزعجة بحيث يسمع منهم ألفاظ عالية أو جمل تامة وفى اثناء هذا الاسبوع يكونون متمتعين بالادراك فى أثناء اليقظة وان لم يلتفتوا لما يحيط بهم ولا يردون السؤال الا ببطء مع السآمة ويشتد العطش وتفقد الشهية ويكون طعم الفم عجينيا أو مرا بحيث ان كثيرا منهم يرغب فى تعاطى مقيئ توهما منه ان معدته فى حالة فساد واحيانا يحصل اسهال والغالب الامساك فى الايام الاول ثم فى انتهاء الاسبوع الاول يتردد اسهال جملة مرات فى اليوم تنقذف به مواد برازية امارخوة أو سائلة بالكلية وفى احوال اخرى يكون البطن فى حالة اعتقال جملة أيام بحيث ان غير المقرن من الاطباء يغتر فى اعطاء المسهلات أو المقيئات التى هى فضلا عن كونها لا تثمر يكاد ينشأ عنها اسهال شديد يعسر ايقافه والاسهال الذى يحصل للمصابين بالتيفوس يكاد لا يصطحب دائما بمغص وكثيرا ما يطرأ فى الاسبوع الاول من التيفوس رعاف قليل متكرر يحصل به تلطيف فى

ألم الرأس وفى غالب الاحوال يوجد فيه سعال مصحوب بنفث مخاطى يدل على حالة نزلية فى المسالك الهوائية التى يمكن اثباتها فى الاسبوع الاول بالعلامات الطبيعية — وأول الظواهر المدركة تغيير هيئة المريض العامة فانه مادام مستلقيا فى فراشه يظهر وجهه متقدا سيما وجنتيه وعند جلوسه أو وقوفه مدة من الزمن يظهر باهتا يستدل من هيئته على الانحطاط وينسدر ان يتغطى اللسان فى الايام الاول بطبقة سميكة ويكون رطبا عريضا وعلى جانبيه ميازيب ناشئة من انطباع شكل الاسنان عليهما وغالبا يكون مغطى بطبقة رقيقة مبيضة بشرية تبرز فيها بعض حلمات على هيئة نقط محمرة مغطاة أيضا بطبقة لزجة من مواد مخاطية ويظهر ضيقا مدببا فى طرفه وتنفصل الطبقة البشرية الرقيقة عادة شيأ فشيأ فيصير اللسان محمرا رطبا املس مغطى بطبقة رقيقة تميل الى الجفاف وان ظهرت هذه الطبقة ابتداء كثيفة ملتصقة به فان انفصالها التدريجى يكون من الامام الى الخلف ومن الجانبين الى المركز بحيث ان الطبقة البيضاء المصفرة تحاط بحافة محمرة عريضة من اللسان واحيانا يبتدئ انفصالها من المركز بحيث يظهر فى مركز اللسان جزء احمر املس مائل للجفاف محاط بهالة بيضاء مصفرة رطبة وكثيرا ما يكون هذا الجزء المركزى عريضا من الامام ضيقا من الخلف بحيث يشاهد على سطح اللسان مثلث محمر قاعدته نحو الامام وطرفه جهة الخلف محاط بالطبقة البيضاء المصفرة المغطية لهذا العضو ومع هذا الاضطراب الغذائى المخصوص باللسان وسطحه وتناقص الافراز الفمى فلم يمكن المعلم فوجل عند البحث بالمكرسكوب عن الطبقة المغطية للسان ان يشاهد فيها تكونات مخصوصة وبالبحث بالجس والقرع لا يمكن اثبات وجود تغير مرضى فى القلب ولا فى الرئتين وأما بالبحث بالتسمع فتسمع فى الايام الاول خراخر صفيرية أو شخيرية مختلفة الامتداد تكون ناشئة عن حالة نزلية فى التفرعات الشعبية الرقيقة وتتضح هذه الخراخر فى الايام الاخيرة من الاسبوع الاول والبطن يكاد فى الايام الاول يكون على الدوام منتفخا متوترا شديد الحساسية بالضغط عليه ولا يكون ازدياد الحساسية المذكورة بالضغط واضحا فى

الحفرة الاعورية فقط بل فيها وفى القسم اليسرى والشراسيفى من البطن أيضا وعند الضغط على القسم اليمنى الحثلى يحس بلغط يشبه البقلله كان له فى الزمن السابق أهمية عظيمة فى التشخيص ويسمى باللغط الاعورى وتمدد الطحال فى انتهاء الاسبوع الاول يكون كثير الوضوح ووضع هذا الطحال الممدد يكون مستعرضا عادة ويندران يجاوز حافة الاضلاع ويكون مندفعا الى أعلا والخلف نحو العمود الفقرى بواسطة المعى الممددة بالغازات ولذا كان من النادر الاحساس بالطحال بواسطة الجس بل وفى الاحوال التى يمكن فيها ذلك لا يمكن الاحساس بمحيط حافته السفلى بسبب استرخاء جوهره لكن ان استلقى المريض على جهته اليمنى مع وضع يده اليسرى على رأسه شوهد عند القرع على الاضلاع السفلى من الجهة اليسرى اصمية طولها ستة قرار يط وعرضها أربعة موازية للاضلاع الثامن والتاسع والعاشر وممتدة الى الخلف جهة العمود الفقرى وتمتد الى الامام نحو حافة الاضلاع ويندران تجاوزها ولا يمكن معرفة تناقص هذه الاصمية وازديادها بقدر سنتيمتر واحد ونصف مع التأكيد ولو بالغ فى ذلك بعض الاطباء المشهورين فى علم التشخيص بالعلامات الطبيعية وكان تناقص هذه الاصمية أو ازديادها بمقدار قليل غير مشكوك فيه وعلى الطبيب ان يلتفت الى كون ذلك لا ينشأ عن تناقص حجم العضو وعظمه فقط بل عن تغير وضعه أيضا وقد تكون اصمية الطحال الممدد تمددا عظيما قليلة جدا اذا كان مندفعا فى تقعير الحجاب الحاجز بواسطة المعى الممددة بالغازات بحيث لا يكون ملامسا لجدر الصدر الا بجزء قليل وكثيرا ما يوجد فى الايام الاخيرة من الاسبوع الاول على القسم الشراسيفى والاجزاء المجاورة له من البطن بقع وردية باهتة فى حجم العدسة مرتفعة احيانا ارتفاعا قليلا وأما الاعراض المهمة المدركة للطبيب فهى الاعراض الحمية فان درجة حرارة الجسم ترتفع فى التيفوس البطنى ارتفاعا منتظما نادر يجيبا بحيث تكاد تكون واصفة لهذا المرض فان حرارة المساء تكون أشد من حرارة الصباح بقدر درجة وحرارة صبيحة اليوم التالى تكون أقل من المساء قبله بمقدار نصف درجة فمثلا المريض الذى تصل الحرارة فيه مساء ٤٠ درجة

تكون فى الصباح ٣٩ و ٥ خطوط وتصل الحرارة فى مساء هذا
اليوم ٤٠ و ٥ خطوط من درجة وقد لا ترتقى درجة الحرارة فى انتهاء
الاسبوع الاول زيادة عن ذلك لكن تكاد تنخفض درجة الحرارة دائما فى
الصباح عن المساء قبله بنصف درجة كما ذكره (وندرلش) واما سرعة
النبض فانها تصل عادة فى الاسبوع الاول من ٩٠ الى ١٠٠ غالبا
وازيد فى الدقيقة الواحدة وكل من سرعة النبض وارتفاعه لا يطابق على
الدوام ارتفاع درجة الحرارة فانه زيادة عن ذلك توجد مؤثرات أخرى تؤثر
على فعل القلب لا يمكن فى جميع الاحوال ادراكها فن المؤثرات نجد مثلا
ان عدد ضربات النبض الواصلة الى عدد معلوم مدة نوم المريض فى فراشه
بالراحة ترتقى سرعته من ٢٠ الى ٣٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة
اذا جلس فى فراشه مدة من الزمن أو فعل مجهودات عضلية أخرى وحصل
عنده تأثير نفسى بسبب ما واما صفة النبض فى هذا المرض فان الموجة
الدموية تكون عظيمة فيه غالبا لكن الشريان يبقى فى اثناء حركة
الدياستول رخوا وكثيرا ما يحس بان الارتفاع الاول فى الشريان يعقبه حالا
ارتفاع آخر ضعيف يعنى ان النبض يكون مزدوجا وهذا النبض المزدوج
لا يختص بالتيفوس البطنى فقط لكنه يكاد لا يشاهد بكثرة فى غيره من
الامراض ولذا يعتبر انه ذو اهمية فى تشخيصه ويحصل بالكيفية الآتية
وهو ان الالياف القابلة للانقباض فى جدر الشرايين يكون فعلها قليلا بمعنى
انها تكون فى حالة نصف شللية وبالاقل يمكن ان يقال ان لم تكن جدر
الشرايين محتوية على الياف قابلة للانقباض ومتكونة فقط من الياف مرنة
لا بد وان يعقب التموج الاولى فى الشرايين الذى ينشأ عن الموجة الدموية
تموج ثان واضح تابعى — والبول فى الاسبوع الاول يكون تبعا لشدة
الحمى متركزا كثرا عظيما ذا وزن نوعى متزايد (فيكون من ١٠٢٠
الى ازيد) وكميته لا تنقص فى الاحوال التى تستعاض فيها المرضى شدة
الفقد الحاصل بواسطة التبخير الجلدى العظيم والافراز المعوى بالمشروبات
المائية استعاضا تاما كما ذكره المعلم فوجل وكذا ازدياد تكون
البولينا الذى لا تضاهى نسبته كمية الاغذية الازوتية التى يتعاطاها

المريض

المريض يكون مطابقا لارتفاع درجة الحرارة اذ بذلك يكون التحليل العنصرى للمنسوجات قويا وهذا الازدياد يزول بزوال الحمى فى أواخر هذا المرض ويتناقص أقل مما فى الحالة الطبيعية كتناقص حرارة الجسم

والكلورورات القلوية تتناقص فى بول المصابين بالتيفوس وتوجيه ذلك أقل وضوحا من توجيه ازدياد البولينا وذلك ينشأ عن قلة ادخال ملح الطعام فى المطعومات وعن تزايد اندفاع الكلورورات القلوية فى المواد البرازية السائلة وكذلك يظهر ان تناقص هذه الاملاح فى البول يكون ناشئا عن بقاءها فى الدم الذى فقد جزأ عظيما من المواد الزلالية وعلى كل حال فكل من ازدياد البولينا وتناقص الكلورورات القلوية ووجود كمية قليلة من المواد الزلالية لا يعد من التغيرات الواصفة للتيفوس حيث انها توجد فى غيره من باقى الامراض المصحوبة بحمى شديدة ونضح غزير

وفى الاسبوع الثانى من التيفوس تشتكى المرضى بألم الرأس والاطراف الا ان الدوار يشتد وينضم لطنين الاذنين ثقل فى السمع غالبا وذلك لا يكون متعلقا باضطراب عصبى بل ناشئا عن امتداد الالتهاب النزلى التيفوسى للفم والحلق الى بوقى استاكيوس وتجويف الطبلة وهيئة الوجه تصير بهيمية ويزيد عدم معرفة المريض لما حوله وتضطرب حالة الدماغ ويتكدر الادراك بالكلية ثم تقع المرضى فى حالة تنعس وخدر لا يمكن ايقاظها منها الا بعسر مدة قليلة ومع جفاف فمها العظيم لا تشتكى بعطش ولا تتطلب المياه لكن عند توجيه قدح الماء الى فمها تشرب بشراهة عظيمة وكثيرا ما يضطر لايقاظ المريض بالنداء عليه بقوة لاجل اخراج لسانه الجاف من الفم واحيانا اذا حصل ذلك يغفل المريض عن ادخاله فينبغى ايقاظه والنداء عليه لاجل ذلك ونحو انتهاء هذا الاسبوع يخرج البول والبراز بدون ارادة لان المرضى لا تدرك التأثير بامتلاء المثانة والمستقيم ولا تقدر على قبض العضلات العاصرة بالارادة وكثير من المرضى من يكون مستلقيا على ظهره دائما فى الفراش وان وضع وضعا جانبيا اتبع كل من الجذع والاطراف حركة الثقل بدون ان يكون للمرضى قوة على الاجتهاد فى تغيير وضعهم ولو كان متعبا وانما يستنتج من الحركة الاهتزازية للشفتين وبعض الالفاظ المنبهمة التى تهمهم

بها المرضى ان الوظائف العقلية لم تنطفئ بالكلية (وذلك يسمى بالحمى العصبية الخدرية) واخرون من المرضى لايدركون ماحولهم وينزعون ملابسهم بدون ادراك ولايجيبون عن سؤال ولايتنبهون بأى منبه كان ويظهر على سحنتهم انهم فى حالة احلام مضطربة جدا فيكونون فى حالة قلق مستمر ويلقون الغطاء عنهم ويخرجون احدى رجليهم من الفراش ويجتهدون فى القيام أو الجرى ويتلفظون بكلمات غير معقولة المعنى ويفزعون عند امساكهم أو مخاطبتهم (وذلك يسمى بالحمى العصبية التهيجية) ومما يستغرب ان مثل هؤلاء المرضى يفعل مجهودات قوية مستمرة لاجل اجراء التصورات المرضية القائمة باذهانها واحيانا يتردد عليهم نوع مخصوص من انواع الهذيان الجنونية فيبقون حافظين لتصور مخصوص وحيث لم يدركوا ذلك يبقى عندهم نوع فزع وخوف مستمر ونحو ذلك من التصورات الهذيانية سواء كانت مرتبطة بامر مخصوص أم لا - وكل من القلق والهيجان يشتد عندهم نحو المساء وفى أثناء الليل ويتناقص فى اثناء النهار وقد يتضح هذا التبادل جدا بحيث ان حالة المرضى فى اثناء النهار تظهر بصفة الحمى العصبية الخدرية وفى اثناء الليل بصفة الحمى العصبية التهيجية - ثم انه قد يوجد احوال يكون فيها عند المرضى امساك فى الاسبوع الثانى لكن الغالب أن يكون عندهم فى هذا الزمن اسهال من مواد مائعة مائية وعدد التبرز الذى لا يمكن الحكم منه على عدد القروح المعوية وانتشارها حيث لم يكن الاسهال متعلقا بها بل بشدة الالتهاب النزلى المعوى المصاحب لها وامتداده قد يصل فى اليوم والليلة الى ثلاث مرات أو ست غالبا وربما وصل الى عشرين فى النادر ولون المواد البرازية مع هيئتها يشبه شربة العدس التى لم يتحلل الرقيق منه فيها بل يكون راسبا فى قاع الاناء وهذه المواد ذات خواص قلوية وربما احتوت على قليل من الزلال ولا يوجد فيها مواد ذات اشكال مخصوصة ولا عناصر كيماوية يمكن اعتبارها نوعية للتيفوس والطبقة السائلة السطحية من هذه المواد تحتوى على كمية عظيمة من كربونات النوشادر فلذا تكون ذات خواص قلوية واما الجزء الراسب من هذه المواد فانه يحتوى على بقايا

المطعومات وبعض مواد فاسدة واخلية بشرية وجسيمات مخاطية وتكونات عديدة من املاح فوسفاتية مثلثة القاعدة وندف صغيرة وكرات مصفرة غير معروفة المنشاء وكيفية الحصول معرفة تامة ويكون التنفس مع بعاسطحيا واحيانا لا يوجد سعال ولا نفث ولو مع وجود نزلة ممتدة فى المسالك الهوائية وفى احوال اخرى يوجد سعال متكرر مصحوب بنفث غزير لزج مخاطى وفى الاسبوع الثانى تتغير أيضا العلامات المدركة فلون الوجنتين يصير احمر محمرا أو مزرقا والجفنان مفتوحين نصف انفتاح وفى الآماق توجد مواد مخاطية جافة والملتحمة تكون محتقنة وطاقتا الانف ترابيتين وكل من الاسنان واللثة مغطى بمادة مخاطية لزجة مسمرة أو مسودة واللسان مغطى بطبقة مسمرة تسود فيما بعد باختلاطها بالدم الآتى من تشققات صغيرة فى الغشاء المخاطى وينشأ عن هذه المواد العفنة المغطية للسان رائحة كريهة نفاذة وتثقل حركات اللسان بالكلية بحيث لا يتضح الكلام ويتعذر ازدراد المطعومات الصلبة بل ازدراد السوائل والبحث الطبيعى عن الصدر يكاد يدل فى جميع الاحوال على تكاثف ممتد فى الاجزاء المنحدرة من الرئتين وصوت القرع على جانبى العمود الفقرى يكون أقل وضوحا وعند التسمع على الظهر يحس بلغط تنفسى حويصلى ضعيف أو غير محدود وخراخر فرقعية دقيقة ويندران يسمع نفخ انبوبى ويسمع فى باقى اجزاء الصدر خراخر عديدة واضحة - وينتفخ البطن انتفاخا طبليا بسبب التمدد الغازى فى المعاء الذى لم يعرف توجيهه الى الآن واحساس البطن لم يزل مستمرا ومتزايدا عند الضغط وكذا يستمر وجود البقللة فى الحفرة الحرقفية اليمنى فى غالب الاحوال ويستمر انتفاخ الطحال بل ويزداد غير انه يندفع نحو الاعلى والخلف بواسطة الامعاء المتمددة بالغازات والطفح الوردى يصير غزيرا ويمتد من القسم الشراسيفى الى الاطراف السفلى ثم الى الظهر وكثيرا ما تشاهد حويصلات رقيقة دخنية ومن الظواهر الجية المدركة ان تكون درجة الحرارة فى المساء مرتفعة من ٤٠ و ٥ خطوط من درجة الى ٤١ و ٥ خطوط أيضا ويصل النبض الممتلى قليلا الرخو الذى

كثيرا مايكون مزدوجا الى سرعة عظيمة بحيث يكون من ١١٠ الى ١٣٠ بل واكثر فى الدقيقة الواحدة وفى كثير من الاحوال يحتوى البول على قليل من المواد الزلالية

وأما الاسبوع الثالث من التيفوس ففيه ضعف المرضى يرتقى الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يكون لهم قدرة على الجلوس فى الفراش فيتزحزحون نحو الجهة المنحدرة منه ويسقطون وكثيرا مايشاهد فى عضلات الاطراف انقباض بعض الاحزمة العضلية ويسمى ذلك بالنفض الوترى ويرتقى كل من التنعس والخدر الى درجة عظمى ويزول الهيجان الجنونى ويحل محله حالة خدر أى الكوما فتأخذ فى الزيادة شيأ فشيأ وبعض المرضى يفعل حركات ذاتية غير ارادية بايديهم وارجلهم كندف القطن وكل من البول والبراز يخرج بدون ارادة وقد تنشل العضلة المضيقة للمثانة فتمتلئ امتلاء عظيما وتصير الطبقة المغطية للسان واللثة كثيفة متشققة منتنة وما يتلفظ به المرضى مجرد ألفاظ خالية عن المعنى ويتعذر ازدراد السوائل زيادة عما تقدم ويرتقى كل من الظواهر المرضية فى الصدر والبطن وسرعة التنفس والخراخر المخاطية والفقرعية واصمية الظهر والاسهال والانتفاخ الطبلى للبطن الى أشد الدرجات واما الطحال فانه لا يزداد انتفاخه بل فى هذا الزمن يأخذ فى التناقص وكذا الطفح الوردى فان لونه يأخذ فى البهاتة واما الطفح الدخنى فانه يتزايد بل وفى كثير من الاحوال تظهر بقع غشية وعند كثير من المرضى فى هذا الزمن اعنى الاسبوع الثالث يظهر فى هذا المرض اريثما جلدية فى قسم العجز ثم عقب انفصال الطبقة البشرية وجفاف الجلد العارى عن بشرته تظهر خشكريشة تمتد فى العرض والعمق وكذا يحصل فى كل من حرارة الجسم وسرعة النبض ارتقاء فى ابتداء هذا الاسبوع عوضا عن الانحطاط وفترات الصباح لا تكون واضحة وأكثر احوال التيفوس البطنى المهلكة تكون فى هذا الاسبوع والموت ان لم يطرأ بعوارض اخرى يحصل عقب وصول الضعف والانحطاط وازدياد الحرارة وسرعة النبض الى أقوى درجة بسبب اعراض اوذيما الرئة وكلما كان اضطراب التنفس عظيما

كان حصول شلل القلب سريعا — وأما فى الاحوال ذوات السير الحميد فان الظواهر المرضية تأخذ فى التناقص فى وسط هذا الاسبوع فحالة الخدر التى تسكون فيها المرضى مضطربة باحلام مزعجة تنقلب بنوم صحى و بعد استيقاظهم من النوم يظهر عليهم انهم مدركون لما حولهم بعد ان كانوا لا يلتفتون لذلك بالكلية عند ارتقاء المرض ويعرفون من يخدمهم فحينئذ يكون أول نظر من المريض دال على ادراكه وتفكره لما حصل عنده بالتأمل من الاتجاه العظيم للشفاء ولو ان الخطر لم يزل باقيا وان العشم الذى يترتب على هذه الظاهرة وغيرها من ظواهر التحسين قد يزول بالكلية وكلما كان المريض فى أثناء النوم الصحى مستريحا كان رجوع الادراك أكثر وضوحا فتبتدأ المرضى بالتشكى من الغنغرينا الوضعية و يتجنبون ضغط الفراش على اجسامهم سيما على الاصفار المتقرحة ويميلون للاستلقاء على جنوبهم ولا تخرج الفضلات منهم بدون ارادة بل يطلبون بانفسهم اناء لذلك وتتناقص سرعة التنفس ويزيد السعال و يقوى النفث فيخرج به المواد المتراكمة فى الشعب وهى قليلة اللزوجة مصفرة و يتناقص الاسهال ويحتوى على مواد برازية صلبة نوعا وتزول هيئتهم المزرقة الترابية ويصير وجههم باهتا ويأخذ اللسان فى الرطوبة من حوافيه وطرفه وتنفصل عنه الطبقة المغطية له شيأ فشيأ ويتضح التكلم و يزول عسر الازدراد للسوائل ويسمع فى الصدر خراخر رطبة وتزول الاصمية التى على جانبى العمود الفقرى و يتضح اللغط التنفسى الحويصلى فى هذا المحل ويتناقص انتفاخ البطن الطبلى وكذا اصمية الطحال ويفقد الطفح الوردى ومع ذلك كله فان الفرق بين حرارة الصباح والمساء تظهر جدا فان الترمومتر الذى ترتفع فيه درجات الحرارة مساء من ٤٠ الى ٤١ تنخفض صباحا فتصل الى ٣٩ أو ٣٨ وأقل من ذلك وفيما بعد تصير درجة الحرارة مساء منخفضة أيضا ومع ذلك تنحط سرعة النبض وان لم تكن بنسبة درجة الحرارة ويفقد خاصية ضربه المزدوج وهذا التحسين العمومى الذى يحصل فى الاسبوع الرابع بعد مكث الظواهر المرضية فى الاسبوع الثالث على شدتها قد ينتقل الى حالة النقاهة بدون واسطة وانما بطء الانتقال يدل على بقاء

التغير التيفوسي لاسيما وجود قروح معوية وفى أحوال اخرى قد يكون هذا التحسين وقتيا فان الظواهر المرضية تتردد ثانيا وتهلك المرضى بظواهر الشلل القلبي والاختناق وبالجملة قد يعقب الاعراض السابقة ظواهر بطء شفاء القروح المعوية والتغيرات التيفوسية وما ينتج عن ذلك ومن الظواهر التي يعتريها الطبيب غير الممارس ازدياد الشهية ازديادا يصل الى الكلبية وسنتكلم فيما بعد على الخطر الناتج عن ذلك ويكاد شعر جميع المرضى المصابين بالتيفوس يسقط لكن لما كانت بصيلات الشعر لا يعتريها اضطرابات غذائية مستمرة فعما قليل ينبت الشعر ثانيا ويعود لاصله

ثم ان المرض التيفوسي قد وصفناه بالاجمال وصفا تاما ولو اردنا ايضاح وصف كل تنوع يظهره هذا المرض فى كل حالة من احواله مع التفصيل لخرجنا عن الموضوع فلنقتصر على شرح التنوعات المهمة التي تحصل فى سير هذا المرض والعوارض الخطرة المهمة التي بها ينقطع سيره مع الاختصار فنقول يوجد ابتداء أحوال عديدة من التيفوس لا تتصف فى الاسبوع الاول بقلة اشتداد الظواهر المرضية ولا بظواهر اخرى مخصوصة الا ان هذه الظواهر فى مثل تلك الاحوال لا ترتقى فى الاسبوع الثانى الى درجة عظمى جدا كما يشاهد ذلك فى التيفوس الطبيعي الاعتيادى بل تتناقص شيأ فشيأ حتى تهبط بالكلية فى اثناء الاسبوع الثانى أو الثالث ومثل هذه الاحوال يسميها المعلم ليبرت بالتيفوس الاجهاضى وبالحميات التيفودية الاجهاضية وهذه التسمية أولى من تسميتها بالحميات الخفيفة والحميات شبه التيفوسية ونحو ذلك لان ما ذكر يدل على انقطاع فى سير التيفوس الجيد وقصره ولا يقصد به نوع مرض مخصوص ولا حاجة لشرح الاحوال التيفوسية الاجهاضية ووصفها فانه يعد تكرارا لا طائل فيه بالنسبة لما تقدم وانما ننبه فقط على ان المتقدمين من الاطباء يعدون خطأ الحمى المعدية المسماة أيضا بالحمى المخاطية من الامراض التيفوسية الاجهاضية وعلى كل فينبغى اتباع النصيحة المنتشرة وهى انه لا ينبغى قطع الحكم بكون المرض تيفوسيا أو معديا الا بعد اليوم التاسع من يوم المرض وهذه

النصيحة جيدة جدا فينبغى اتباعها وحيث ان العوام تعبر بالحمى المعدية عن التيفوسية الاجهاضية وبالحمى العصبية عن التيفوسية الطبيعية فى الجيد التمادى على ذلك خشية الوقوع فى الخطاء اذ انه ليس من المهم عند العوام ربط الفاظ علمية قطعية - والترمومتر كما انه فى الاسبوع الاول هو الواسطة الاكيدة فى تمييز التيفوس عن النزلة المعدية المعوية اعنى الحمى المعدية يكون كذلك هو الواسطة الاكيدة التى يرتكن اليها فى الاسبوع الثانى فى التمييز بان كان المرض مكتسبا السير التيفوس الاجهاضى او الاعتيادى واما العلامات الاخرى فيمكن بسهولة ان يغتر منها فان شوهد فى اليوم الثامن أو التاسع من المرض ان حرارة الجسم لاتزيد بل تخطيطه والانحطاط فى الصباح يكون عظيما جدا ساغ القول بان التيفوس اجهاضى والاحوال التى ترتفع فيها درجة الحرارة ثانيا نحو انتهاء الاسبوع الثانى وتتضح بها الحالة المرضية التى ذكرناها فيما تقدم تعد من النوادر العظيمة ونوم المريض فى التيفوس الاجهاضى يكون مضطربا فى الاسبوع الثانى باحلام مزعجة بحيث يتكلم حال النوم الا انه بعد استيقاظه يكون ادراكه جيدا وليس عنده الا انحطاط قليل الوضوح يذكرنا بحالة الثبات الذى يشاهد فى الاشكال الثقيلة من هذا المرض وكذا الظواهر الشعبية تكون قليلة الشدة والاسهال اما قليلا أو مفقودا بالكلية وهيئة المرضى تكون باهتة غير مزرقة واللسان يظهر فيه ميل الجفاف الا انه غير مغطى بطبقة سوداء سميكة ويفقد ثقل السمع أو يكون بدرجة خفيفة جدا مثل اصابة الحلق والانف النزلية ويكون البطن رخوا قليل الانتفاخ ويفقد كذلك كل من البقللة الاعورية القولونية وزيادة حساسية البطن عند الضغط واصمية الطحال تكون قليلة الامتداد ومن النادر مشاهدة قليل من الطفح الوردى على القسم الشراسيفى ويكون النبض صباحا قليل السرعة جدا وكذا فى حالة استلقاء المريض على فراشه وفى الاسبوع الثالث أو فى انتهاء الثانى تكون حرارة الجسم طبيعية صباحا ولاترتقى فى المساء الا قليلا جدا ويبقى اللسان رطبا وتعود الشهية وتزول الظواهر المرضية التى تشاهد فى الصدر

والبطن سيما الاسهال وكثير من المرضى من يرغب فى القيام من الفراش الا انه عند ذلك يحس بدرجة ضعف عظيمة اذا أراد المشى فى اودته مثلا ولا تعود للمريض قوته الا ببطء وذلك يدل على ثقل المرض الذى كان معه

ثم ان الرأى القديم المنتشر القائل بان التقرحات المعوية لا تحصل فى التيفوس الاجهاضى ليس مبنيا على فعل صفات تشريحية لعدم اجراء ذلك فى الاحوال الحميدة بل مبنى على سرعة زوال الاسهال وعدم العوارض المرضية التابعية الخطرة التى تطرأ عندما يكون سير التيفوس بطيئا لاسيما العوارض التى تنشأ من بطء التحام القروح المعوية وامتداد التقرح الذى يعتريها

وهناك تنوع آخر يحصل فى سير التيفوس البطنى مختلف بالكلية عما ذكر ويسمى بالتيفوس الكامن ومعناه انه يوجد كثير من الاشخاص لا يكون عندهم من الاعراض المرضية الا درجة خفيفة جدا من الضعف والانحطاط مع فقد الشهية واسهال خفيف ويكون لهم قدرة على السعى فى اشغالهم بل والسفر ثم يهلكون اما بظواهر التثقب المعوى أو النزيف المعوى وعند فعل الصفات التشريحية توجد عندهم قروح معوية عديدة مع لطخ معوية متشكرة وارتشاح ابى فى الغدد الماساريقية وبعبارة أخرى توجد عندهم جميع التغيرات التشريحية للاصابة المعوية التيفوسية المتقدمة وليس لهذه الاحوال المرضية المخصوصة توجيه اخر خلاف القول بان التسمم بالسم التيفوسى فى مثل هذه الاحوال لم ينتج عنه الا تغيرات موضعية معوية وان تغير الدم والتبادل العنصرى فيها يكون قليلا جدا بحيث لا تحصل اضطرابات وظيفية أخرى واضحة

وكما ان كلا من الاضطراب العمومى والحمى فى التيفوس الكامن يكون قليل الوضوح جدا بحيث لا يلتفت اليه كذلك توجد احوال تيفوسية أخرى تتصف باشتداد حالة الاضطراب العمومى لاسيما بارتقاء الحمى الى درجة فائقة الحد وفى مثل هذه الاحوال يكون سير المرض مضطربا جدا بحيث ان حرارة الجسم ترتقى فى الاسبوع الاول الى ٤١ او ازيد وسرعة النبض الى ١٢٠ أو الى ١٣٠ فى الدقيقة الواحدة والمرضى تكون فى اثناء

النهار

النهار فى حالة تنفس عميق وهيئتها تدل على الخدر الشديد ويكون عندها فى اثناء الليل هذيان شديد جدا بحيث يعسر ضبطها فى فراشها ويظهر عندها النفضات الوترية بسرعة وحركة الندف بل وظواهر تشنجية احيانا وغالبا تكون شدة الظواهر المرضية الموضعية بنسبة شدة الظواهر العامة فيصير اللسان جافا جدا ويتغطى بسرعة بقشور سوداء وكل من الظواهر الشعبية وعلامات تكاثف الرئة والانتفاخ الطبلى فى البطن والاسهال وانتفاخ الطحال يرتقى فى الاسبوع الاول الى درجة شديدة جدا يكاد لا يصل اليها فى الاسبوع الثانى عندما يكون سير المرض طبيعيا وكذا كل من الانحطاط الشديد وانزلاق المريض فى فراشه والنبض الصغير غير المنتظم والنفس السريع السطحى يظهر كذلك فى انتهاء الاسبوع الاول أو ابتداء الثانى ومثل هؤلاء يهلكون بسرعة باعراض شلل القلب واوذيما الرئتين وقد تهبط الظواهر المرضية عند بعض المرضى بعد ان كان سير المرض فى الاسبوع الاول كثير الشدة والاضطراب فلا يظهر اختلاف واضح فى الاسبوع الثانى والثالث عن باقى سير التيفوس المعتاد وعلى كل فلابد وان يوجد بين الاحوال التيفوسية ذوات السير الثقيل الشديد الاضطراب وبين الاحوال المتوسطة الشدة وبين الاخيرة والتيفوس الكامن تنوعات شديدة لا يمكن التعرض لذكرها وهناك أحوال عديدة تعتبر مدة أسابيع انها أحوال حمى معدية أو مخاطية وتعالج على حسب ذلك ثم يتضح فيها جفاف اللسان جدا وتنتهى بالشفاء بدون اضطراب عصبى دماغى فهذه اشكال خفيفة من التيفوس الا انه مع ذلك لا يسوغ نفى رتبة الحميات المعدية والمخاطية من كتب الامراض الباطنة وهذا وان وقع من بعض المؤلفين الان ذلك لعدم مشاهدتهم للامراض الحمية المتسلطنة فى غير اوربا اذ فى تلك البلاد يكثر وجود الحمى المعدية والمخاطية ويتضح بالكلية بل كثيرا ما تكون هى المتسلطنة فى تلك الجهات واهم من الطفح الوردى وانتفاخ الطحال فى كل حالة راهنة ينبنى عليها التمييز بان كان المرض تيفوسيا اعنى تسمما عاما أو كانت الحمى متعلقة بنزلة معدية معوية اصلية هو ارتفاع درجة حرارة الجسم جدا

وقد يحصل تنوع فى شكل هذا المرض فيما اذا كانت الاصابة المعوية قليلة الوضوح جدا اعنى اذا كان التسمم التيفوسى لم يصب المعاء بالكلية اوكانت اصابته واهية وكان التسمم المذكور لا يحدث الا تغيرا فى الدم فقط ويسير بهذه الكيفية وحيث ان تمييز التيفوس البطنى من غيره من الامراض التسممية الحادة ينبنى على الظواهر المعوية فالتشخيص فى مثل هذه الاحوال غير ممكن بالكلية فعلى الطبيب فى مثل ذلك ان يفعل تشخيصا تقريبيا بتبعيد ماعدا هذا المرض من الامراض التسممية العامة - وان فقدت الظواهر المعوية بالكلية أو كانت قليلة الوضوح جدا وكانت النزلة الشعبية كثيرة الشدة واصطحبت بظواهر شديدة نحو الرئة واحتقانات انحدارية فيها أو التهابات رئوية واضحة نشأ عن ذلك حالة مرضية كانت تسمى بالتيفوس الرئوى أو الشعبى سيما اذا وجد بعد الموت ان الغدد الشعبية مرتشحة بمادة لبية ومن الواضح ان مثل هذه الاحوال التى فيها يتضح عند المرضى كل من اللون السيانوزى وسرعة التنفس يعد من الاشكال الخطرة جدا فان الحمى الشديدة وان حصل بها تكون حمض الكربون فى الجسم وازداد ازديادا عظيما حصل صعوبة فى انقاء الجسم من هذا الغاز المضر باصابة الشعب والرئتين - وأما تكون القروح التيفوسية فى الحنجرة فانه لا ينوع اعراض هذا المرض تنوعا عظيما ولا يصطحب باعراض خاصة بحيث لا يسوغ القول بنوع تيفوسى مخصوص وتسميته بالتيفوس الحنجرى كما لا يسوغ جعل نوع مخصوص من التيفوس وتسميته بالتيفوس الشعبى أو الرئوى والقرحة التيفوسية الحنجرية وان لم يمكن معرفتها فى الاسبوع الاول من هذا المرض بحيث انه يصادف وجودها فى الصفات التشريحية تارة وتارة لا توجد فان هذه القرحة عند امتداد تقرحها وتأخر التحامها تعد من العوارض التابعية المهمة فى هذا المرض

واما الاعراض الخطرة التى تطرأ على المريض فى الاسابيع الاول من هذا المرض وتحدث انقطاع سيره الاعتيادى فاهمها التثقب والنزيف المعويان والرعاف الغزير الذى يحصل احيانا فى الاسبوع الثانى أو الثالث

اما التثقب المعوى الذى يحصل فى الاسبوع الاول من هذا المرض عقب تكون وسقوط الخشكريشة فى الغشاء المخاطى المغطى للطخ المعوية والطبقة العضلية والمصلية المغطية لها من الجهة الاخرى فانه يؤدى لالتهاب بريتونى شديد جدا وحيث انه قد يحصل التهاب التصاقى فى البريتون ينتج عنه التصاق العرى المعوية ببعضها قبل حصول التثقب فالالتهاب البريتونى لا يكون فى بعض الاحوال عموميا بل جزئيا والعلامات الابتدائية للتثقب هى الالم الشديد جدا الذى يوقظ المريض من خدره العميق ويزداد ازديادا عظيما باقل ضغط على البطن ومع ذلك فالمرضى تهبط هبوطا عظيما فجائيا وتتغير هيئتهم ويصير النبض صغيرا والاطراف باردة ويطرأ الموت بعد أربع وعشرين ساعة أوست وثلاثين بالظواهر التى بيناها فى اشكال أخرى من الالتهاب البريتونى الناتجة عن التثقب كما سبق ذكره والامر المهم الذى يرتكن اليه فى تشخيص التثقب المعوى هو خروج الغازات من المعا وانتشارها فى تجويف البريتون وذلك يعلم من اندفاع الكبد الى اعلا وبعده عن جدر الصدر وتناقص اصميته أو زوالها بالكلية وبدون ذلك يحصل الشك فى كون الالتهاب البريتونى حصل بواسطة التثقب أو بدونه

واما النزيف المعوى الذى يحصل فى الاسبوع الاول من التيفوس اما عقب تاكل فى جدر الاوعية الدموية أو انفصال خشكريشة منها أو بتمزق الاوعية الشعرية الممتلئة المتضخمة انتفاخا اسفنجيا باعلا محل اللطخ المعوية فانه يظهر ان كان غزيرا جدا قبل خروجه مع المواد البرازية بانحطاط المريض انحطاطا كليا وبانحطاط درجة الحرارة انحطاطا فجائيا عظيما جدا وبرجوع حالة الادراك للمريض احيانا وكثيرا ما يكون الفقد الدموى عظيما جدا لكن من النادر ان تهلك المرضى عقب حصوله حالا بل هلاكهم عادة يكون بعد زواله والتيفوس قد يقطع ادواره لكن قوى المريض لا تكفى بحيث ان أغلب المرضى يهلك عقب حصول النزيف المعوى بمدة طويلة أو قصيرة بواسطة الحمى والاسهال المضعف المنهك

واما الرعاف فانه أقل خطرا من النزيف المعوى ويحصل فى الاسبوع الثانى أو الثالث من التيفوس وينشأ عن سوء قنية دموى حاد وكثيرا ما يحصل فى الاحوال الضعفية الشديدة وقد يكون الرعاف غزيرا بحيث يلتجئ الطبيب لسد الانف وفى مثل هذه الاحوال تضعف قوى المريض بالكلية ويحدث غالبا بطء عظيم فى النقاهة ولا يندران يحصل نزيف من اعضاء التناسل عند النساء اللاتى اصبن بهذا المرض بدون ان يكون فى زمن الطمث والعامة ولو اعتقدت أن ذلك علامة جيدة بحرانية الا أن حصول النزيف مهما كان مضر ولو لم يكن غزيرا

وحيث ان كثيرا من المرضى المصابين بالتيفوس تحصل نقاهتهم ببطء جدا حتى ولو أخذت القروح المعوية فى الشفاء والالتحام بعد انقطاع سير هذا المرض وزوال الحمى ورجوع الشهية بحيث يمضى عليهم فى هذه الاحوال خمسة اسابيع أو ستة الى ان تتم النقاهة بالكلية وتعود المرضى الى قواها الطبيعية فمن الواضح انه بتأخر شفاء القروح المعوية وبطء التحامها واستمرار الحمى ولو خفيفة وغير متعلقة بالاصابة المعوية يقع المريض فى خطر عظيم فيرى فى مثل هذه الاحوال استمرار الحالة الحمية الضعفية اعنى الحمى الحاصلة عند اشخاص منهوكين بعد شفائهم من التيفوس بجملة اسابيع فيبقى الدماغ مضطربا ولو بعد زوال الهذيان الشديد ويزداد ضعف المرضى شيأ فشيأ ويتكرر انزلاقهم فى الفراش ولا يصير لسانهم رطبا بل جافا ثانيا وتزول الظواهر الشعبية لكن ظواهر الاحتقانات الانحدارية فى الرئة تزداد ويزول كل من انتفاخ الطحال والطفح الوردى الان كلا من الانتفاخ الطبلى البطنى والاسهال يستمر بدرجة واضحة كثيرا أو قليلا والغنغرينا الوضعية فى العجز تمتد وتأخذ فى الغور وتؤدى لتهتكات ممتدة وكذا تظهر غنغرينا وضعية حذا المدورين العظيمين والنتوين المرفقيين أو على الركبتين ان كان استلقاء المريض على بطنه وتشاهد كذلك على جملة اصقاع من الجسم المعرضة لضغط وقتى بقع غشيية أو كدمية وتزيد نهوكة المريض ازديادا عظيما وتغطى الجلد الباهت بعرق مضعف وكذلك الاغشية المخاطية تصير باهتة اللون قليلة الدم وكثيرا ما تظهر انتفاخ

أوذيماوى فى الاطراف أوانتفاخ أوذيماوى عظيم فى احدها ناتج عن سدد ذاتية فى احد الاوردة الفخذية وكثير من المرضى من يهلك فى الاسبوع السادس أو السابع بهذا الشكل المنهك من التيفوس بعدان وصلت حالته الى هيئة هيكلية وفى احوال اخرى يزول الاسهال وتشفى القروح المعوية غير ان الغنغرينا الوضعية تكفى بانفرادها فى هلاك المريض فانه كثيرا ما يوجد فى الصفات التشريحية للهالكين بالتيفوس هلاكا متأخرا الا تهتك عظيم فى الاجزاء الرخوة مع تعرى العظام واثر التحامية جديدة للقروح المعوية وكل من الالتهاب الرئوى والبليورى والتقرح الشكلى والالتهاب المعوى الدفتيرى والكلوى وغيرها من العوارض التابعية للتيفوس التى تكلمنا عليها سابقا يتضح عند المرضى المنهوكين بعلامات مدركة للطبيب فقط لا محسوسة للمريض وكل من القشعريرة وارتفاع درجة الحرارة ثانيا يوقظ الظن بحصول احد هذه العوارض التابعية فيلجئنا للبحث بالدقة عن حالة المريض ـ واما القشعريرة المتكررة وارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا عظيما مع حصول انحطاط عظيم سريع فان ذلك يكون فى غالب الاحوال من الاعراض المتعلقة بالتسمم الصديدى للدم الناشئة عن امتصاص بعض المواد الصديدية من الاجزاء المتغنغرة واما حصول الم شديد فى الحنجرة و بحة فى الصوت أو فقده وظهور علامات التضايق الحاد للحنجرة فانها تدل على التهاب سمحاقى غضروفى حنجرى ناشئ عن امتداد القروح الحنجرية فى الغور أو عن حصول هذا المرض حصولا ذاتيا كعرض تابعى للتيفوس ولنذكر أخيرا انه قد يحصل تثقب المعا احيانا فى الاسبوع الخامس أو السادس ولو لم توجد الحالة الضعفية الحمية التى سبق ذكرها بل يكون حصول ذلك فى اثناء نقاهة واضحة وهذا التثقب ينشأ عنه هلاك المريض بسرعة واندر من ذلك حصولا ان يظهر فى هذا الزمن نزيف معوى ناشئ عن قروح معوية متأخرة فى الالتحام

وانتهاء التيفوس بالشفاء هو الكثير الحصول فانه يحصل فى أكثر من ثلاثة ارباع احوال هذا المرض ومع ذلك فقد توجد أوبية خبيثة للغاية كما أنه قد توجد أوبية من هذا المرض فيها يقل الموت ويحصل فى غالب الاحوال

فى الاسبوع الثانى أو الثالث عند ارتقاء المرض الى اشد درجة ومع ذلك فقد ذكرنا انه يحصل فى الاسبوع الاول فى الاحوال التى فيها يكون سير هذا المرض ثقيلا وسريعا جدا كما انه قد يحصل فى الاسبوع الخامس أو السادس فى الاحوال المتأخرة الشفاء وقد ذكرنا جميع اسباب الموت عند شرح الاعراض ذكرا كافيا

وفى أحوال أخرى قد ينتهى التيفوس بشفاء غير تام بمعنى انه قد يخلفه امراض تابعية سيما اضطرابات عصبية كالالام العصبية والشلل الموضعى وفقد الاحساس الجزئى والاضطرابات العقلية وقد يخلفه ضمور النخاع أو الانيميا المستمرة ولا توجد تغيرات تشريحية مدركة بها تتعلق هذه الاضطرابات العصبية ومن الخطاء توجيه الانيميا والنهوكة التابعية المستمرة بقلة تكون الدم الناتج عن تلاشى الغدد المعوية وانسداد العقد المساريقية ولا يندران يظهر فى اثناء نقاهة التيفوس الثقيل سل رئوى

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية فانها تستدعى فى المدن العظيمة المتسلطن فيها التيفوس تسلطنا وطنيا فعل وسائط صحية عمومية بها يمتنع تخلل الارض بجواهر الانحلال المتعفنة وتشربها بها أو بالاقل تقليل ذلك وقد اعطى فى هذا العصر الاخير نصائح طبية لتجفيف رطوبة أرض المدن الناشئة عن تعفن المواد الحيوانية المساعدة على انتشار جرثومة التيفوس والهيضة بواسطة مجار صناعية فان تم هذا التجفيف وقل تعداد الاصابة بالتيفوس والهيضة كما قل تعداد أحوال الحميات المتقطعة والاصابة بها عقب تجفيف بعض الاجام كان ذلك من أجل الامور افتخارا لما تحصل عليه علم قانون الصحة المستجد المنشأ ثم انه يوجد بعض اطباء يشكون فى عدوى التيفوس البطنى وبالاقل يعتقدون عدم ثبوتها بالتأكيد ومع ذلك لا ينبغى الالتفات لهذا الزعم عندما يكون الطبيب واقفا بجوار المريض الذى نيط بمعالجته فانه يكفى فى مثل ذلك ان عدم العدوى لم يثبتها أحد بل يلزم الطبيب مراعاة اجراء وسائط صحية بناء على ان عدوى هذا المرض كانها ثبتت بالتأكيد فينبغى ابعاد المرضى

من الاصحاء وانما يؤذن فقط لمن نيط بخدمة المريض المكث بجواره كما انه ينبغي ابعاد الاصحاء المستغني عنهم المريض من محل وجوده رأسا ان امكن ذلك خصوصا في المحل الذي تكرر فيه اصابة شخص آخر وبالاولى جملة أشخاص فقد شوهد في العصر المتأخر أحوال محزنة من الاهمال فيما ذكر ونتج عن ذلك هلاك جميع افراد عائلة واحدا بعد واحد وبالجملة فينبغي الاحتراس من صب المواد البرازية في المراحيض العمومية وكذلك ينبغي ازالة عفونة تلك المحال بالتبخير وليس عندنا جواهر دوائية تقي من التسمم بالسم التيفوسي

ومتى حصل التيفوس ساغ الاجتهاد احيانا في قطع سيره أو تلطيفه ومن المعلوم ان هذه الغاية لا يتحصل عليها بالمقيئات ولا بالاستفراغات الدموية العامة التي كان قد أوصى بها زمنساطو يلا فان هذه الوسائط بدلا عن نفعها تعود بالضرر على سير التيفوس بلا استثناء ولا ينبغي للطبيب اعطاء مقيئ من عرق الذهب الا في الاحوال الوحيدة التي فيها تكون المعدة مشحونة بمواد غذائية غير منهضمة يقينا وفي غير ذلك يتوقى بالكلية فلا يعطى المقيئ ولو توجهت اليه رغبة العامة وتطلبه كثيرا من الطبيب وعكس ذلك يقال بالنسبة لاعطاء مقدار عظيم من الزئبق الحلو فانه تبعا لمشاهدات المعلم وندرلش الاكيدة يكاد لا يشك في نجاحه في قطع سير التيفوس اوتلطيفه حيث قال هذا الطبيب انه يكفي في ذلك اعطاء مرة أو مرتين خمس قمحات من هذا الجوهر في ابتداء المرض ولو ان هذه الاحوال نادرة كما ثبت أيضا انه في معظم الاحوال التي يعطى فيها هذا الجوهر في أثناء الاسبوع الاول وقبل حصول الاسهال الغزير يحصل اولا تلطيف سير هذا المرض وتقصير مدته والتجارب التي فعلت في اكلينك المعلم فيفر وفيما جربناه بالاكلينك الخاص بنا تؤيد التجارب التي ذكرها هذا الطبيب ولم يثبت بالتأكيد ان كان التأثير الجيد لهذا الجوهر خاصا بالتغير المعوي التيفوسي بمعنى انه يمنع تكون الخشكريشة والتقرح أو انه لا تظهر ثمرته الا في الاسبوع الاول قبل حصول التغيرات المذكورة وقد مدح الطبيب ويلبرند في العصر المتأخر اليود وقال انه نوعي في التيفوس

وبالجملة فما ذكره هذا الطبيب من النتائج الحسنة لهذا الجوهر الدوائي وكذا غيره من الاطباء يلجئنا الفعل لتجارب جديدة باعطاء هذا الجوهر وان كان استعماله فى هذا المرض ليس حديثا وهذا الطبيب يوصى بحل خمسة دسيجرامات من اليود وجرام من يودور البوتاسيوم فى اربعة جرامات من الماء المقطر ويعطى من هذا المحلول من ٣ ت الى ٤ فى كوبة ماء كل ساعتين ونص على انه بهذه المعالجة يحصل بعد يومين أو ثلاثة انحطاط ظاهر فى درجة الحرارة وعدم حصول اعراض عصبية وزوال الحمى فى أقرب وقت

وأما فى معظم أحوال هذا المرض فنقتصر فيها على تبعيد المؤثرات المضرة عن المريض ومقاومة العوارض الخطرة وحفظ قواه بواسطة تدبير غذائى جيد فيجتهد اولا فى ان قاعته لا تكون صغيرة جدا ان سهل ذلك مع الاجتهاد فى تغيير هوائها وتجديده فان الهواء الجيد النقى من أهم الامور للمصابين بالتيفوس ومثلهم لا يعتريه البرد بسهولة كما يعتقده العامة ومع ذلك ينبغى تنظيم حرارة تلك القاعة بواسطة الترمومتر وحفظها فى درجة ١٢ أو ١٤ ريومير ومن المعتقد فى المانيا الشمالية ان وضع اناء مملوء بالماء أسفل فراش المريض يقيه من الغنغرينا الوضعية وهذه الواسطة وان لم يتحصل منها على الغاية المذكورة الا انها تحفظ هواء محل المريض فى درجة مناسبة من الرطوبة وينبغى الالتفات الكلى الى انتظام فراشه بحيث لا يكون غطاؤه ثقيلا جدا ولا ملاءته ثخينة ولا منثنية مطبقة مع تغييرها هى والملابس عند اتساخها ولا ينبغى الاهمال فى نظافة اجسام المرضى مدة سير هذا المرض وهذا التنبيه ضرورى ولو ان عادته النظافة جدا فان من الناس من يخشى تعرية جسم المريض خوفا من ضرره أو يستحى هو من تعرية الجسم أو تنظيف البطن السفلى ولا سيما اعضاء التناسل عند تراكم بعض الافرازات عليها والاهمال فى هذا الشان لا يمكن تداركه فيما بعد فان أدنى تهيج ايرتماوى فى قسم العجز أو بقرب الشرج الذى يمكن تداركه بسهولة قد يوقع المريض فيما بعد فى خطر عظيم حيث انه يكون ابتداء الغنغرينا الوضعية الممتدة وان صارت المرضى فى حالة

ضعف

ضعف عظيم حتى لا يمكنهم تنظيف أفواههم ينبغى اجراء ذلك مع الاجتهاد ولو بواسطة منديل مبتل بالماء البارد أو ماء قلوى بارد وهو الاجود مع تبعيد المواد المخاطية اللزجة المتراكمة على الاسنان واللثة قبل ان تجف وتفسد فان ذلك يحدث راحة عظيمة عند المرضى ولو كانت فى حالة خدر عظيم فيظهر على سحنتها الراحة من ذلك - وأجود المشروبات الماء العذب القراح أو القلوى وعند وجود اسهال فالاجود اعطاء مشروب غروى من الشعير أو الارز واما غير ذلك من المشروبات المضاف اليها عصير بعض الاثمار او الحوامض النباتية او الخبز المجفف على النار ونحو ذلك فان المرضى تبغضها بسرعة و ينبغى للمرضى الشرب من ذلك جيد الاجل تعادل الفقد المائى الحاصل بواسطة كثرة التصاعدات البخارية الجلدية فهى وان لم تطلب المشروبات فى الادوار الاخيرة من التيفوس لفقد الادراك والارادة ينبغى اعطاؤهم ذلك وكثيرا ما يحصل الخطا العظيم من الاهمال فى ذلك عن لم يحسن خدمة المرضى ومن المسائل المهمة جدا فى معالجة هذا المرض مسئلة التغذية بمعنى انه هل يجوز اعطاء المريض الاغذية أو وضعه فى حمية تامة وقد اختلفت اراء الاطباء فى ذلك اختلافا عظيما فان معظم اطباء المانيا وفرانسا يزعمون ان اعطاء أغذية من امراق اللحوم أو البيض أو نحو ذلك من الجواهر المغذية فى الامراض الحمية مضر على العموم بلا شك فعند هؤلاء التدبير الغذائى الحمى عبارة عن مجرد تعاطى الشربة المائية فقط واما اطباء الانكليز فانهم اعترضوا على من قال بذلك سيما اطباء المانيا بقولهم ان هذا التدبير الغذائى ومنع المرضى من تعاطى مواد غذائية تعوض جزئيات الجسم المحترقة أمر مضر للغاية يترتب عليه كثرة الهلاك بهذا المرض ونسبوا لذلك قلة الموت به فى بلاد الانكليز دون غيرها ويظهر ان لهذا الاعتراض اساسا حقيقيا وانى لمنكر على رؤوس الاشهادان تناقل الحمى الشديدة مع أى مريض بادخال بعض جواهر مغذية حيوانية كاللبن والبيض واللحوم مثبوت بمشاهدات دقيقة أكيدة ومن الجائز أن الاعتقاد الثابت القديم بحقيقة هذه النظريات نتج عنه ضرر عظيم فان ارتقاء فقد جزئيات الجسم وازدياد

التحليل العنصرى الى درجة عظمى فى كل حالة حية لا نقض فيه ولا ابرام
وليس هناك مشاق جسمية مهما كانت درجتها ينتج عنها نهوكة الجسم
واضمحلاله مثل الحمى فان هذه المشاق يمكن تحملها بلا ضرر لان الفقد
العنصرى فيها يصير تعويضه بازدياد ادخال المواد الغذائية وتعاطيها بخلاف
المصابين بالحمى فانهم يهلكون بالنهوكة لعدم كفاية التعويض العنصرى
وان نظرنا لخصوص المرض المذكور نجد ان حرارة الجسم تزداد فيه عن الحالة
الطبيعية جملة اسابيع وان الفقد العنصرى أعنى فقد جزئيات الجسم
الناتج عن حركة التحليل يزداد ازديادا عظيما فانه فى الاحوال الجيدة
نرى ان المرضى حال النقاهة يكونون فى نهوكة عظيمة بحيث ينقص وزنهم
عن حالتهم الاصلية عشرة أرطال بل عشرين ولا تعود لهم حالتهم الطبيعية
الا ببطء وهذا ما يوقظنا الى اعطاء الاغذية المقوية كاللحوم الخ حيث لم
يثبت أكيدا ان هذا التدبير ينشأ عنه ارتقاء الحمى وربما يقال من جهة
اخرى بالتأمل الصادق يظهر انه لا فائدة للمرضى فى اعطاء الجواهر المذكورة
اذا لم يمكن هضمها بل ذلك مضر ضررا بينا فان المعدة اذا امتلأت بجواهر
لا يمكنها هضمها اعتراها الفساد فيتهيج الغشاء المخاطى المعدى المعوى تبعا
لذلك وقد ذكرنا فيما سبق ان عسر الهضم وفساده عرض ملازم لجميع الاحوال
الجية فان لم نعتبر هذه الحقائق ونلتفت لها بالكلية وغلب على الظن ان
المصاب بهذا الداء يفرز كمية كافية من العصير المعدى لهضم قدر عظيم من
الجواهر الغذائية الحيوانية لوجدنا انه عوضا عن زيادة قوى المريض
تحدث عنده مضاعفة مرضية جديدة بما يزيد خطره

فيستنتج من جميع ما ذكر القاعدة العمومية المثبوتة بالتجارب وهى
ان يعطى المصاب بالتيفوس البطنى قليلا من الاغذية السائلة كالالبان
أو الامراق من اول الامر وكلما استطالت مدته وازدادت نهوكته يجتهد
فى اعطائه مواد غذائية قوية غير انها قليلة الكمية ايضا على حالة سائلة
وكلما تقدمت النقاهة تزداد كمية هذه الاغذية وعند انطفاء الحمى بالكلية
او انحطاطها انحطاطا عظيما تعطى لهم الاغذية الحيوانية على الحالة
المتماسكة والاجود ان يبتدأ باعطاء اللحوم البيضاء حيث انها اسهل هضما

وعند تقدم النقاهه تعطى اللحوم الجرا وعلى الطبيب حينئذ ملاحظة حالة القناة الهضمية خوفا من طروعوارض تابعية كالاسهال وغيره مما يخاطر بحياة المريض (واما اعتقاد عوام مصر بان الناقه من التوشة لا يبتدأ في تغذيته الا بلحم الارانب فغير ضروري وانقياد الحكيم لهم في ذلك ليس الا مجاراة لاعتقادهم) وزيادة عن هذه الوسائط الصحية الغذائية ينبغي الايصاء بغسل جسم المصابين بالتيفوس بالماء القراح البارد او الممزوج بالخل جزء منه على ثلاثة من الماء مع المكمدات الباردة الخلية على الراس والاطراف وتغير بسرعة جدا لاجل تنقيص درجة الحرارة وهذه الواسطة ينبغي تكرارها مرارا مع الاحتراس التام بحيث لا تجزع منها المرضى فان تأثيرها جيد وملطف للغاية ومتى كان التيفوس ذا سير منتظم قليل الشدة يمكن الاستغناء عن استعمال جواهر دوائية ومع ذلك لاشك في ان استعمال كل من الماء الكلوروري المخفف (المركب من اوقيتين من الماء الكلوروري وست اواق من الماء المقطر ويوضع في زجاجة سوداء ويعطى منه كل ساعتين ملعقة) وحمض الموريا تيك ممزوجا بصواغ غروى (بان يؤخذ من حمض الموريا تيك المركز قدر نصف درهم مع ست اواق من غروى السحلب او محلول الصمغ مع قدر اوقية من الشراب البسيط ويعطى منه ملعقة كل ساعتين) فان لهما منفعة جيدة ملطفة في هذه الاحوال وحيث انه لا يجب معالجة مريض بدون اعطائه جواهر دوائية فالطرق المذكورة الموصى بها من قديم اولى من استعمال جواهر دوائية اخرى قوية التأثير مالم توجد دلالات تقتضي ذلك وكذا يسوغ اتباع العادة القديمة من استعمال حمض الموريا تيك في الاسبوع الثاني متى ازداد الاسهال والظواهر الشعبية غير ممزوج بمحلول غروى بسيط بل بمنقوع خفيف من عرق الذهب (مركب من ثمان قمحات من عرق الذهب على ست اواق من الماء) او بمغلي الكينا الخفيف في الاسبوع الثالث (بان يؤخذ نصف درهم من حمض الموريا تيك على ست اواق من مغلي الكينا)

ثم ان طريقة المعالجة المذكورة هذه تكفي في غالب احوال التيفوس غير ان هناك احوالا عديدة تستدعي طرقا علاجية قوية فانه لا يمكن تبعيد الخطر

المهدد لحياة المريض فيها الا باستعمال تلك الوسائط واعظم خطر يهدد حياة المريض في التيفوس البطني والطفحي وغيرهما من الامراض التيفوسية والتسممية الحادة ينشأ من شدة الحمى غير ان عندنا وسائط قوية جيدة التأثير لمقاومة هذا الخطر فان خطر الحمى بالنسبة للمرضى يكون منحصرا في جهة ارتقاء حرارة الجسم الى درجة زائدة عن الحد يودي لحصول شلل في القلب وبذلك لايمكن استمرار الحياة ومن جهة اخرى يؤدي استمرار تكون الحرارة وتولدها اعني ازدياد الاحتراق العنصري ازديادا مستمرا لنهوكة الجسم وفي الامراض الحمية ذوات المدة القصيرة او المتوسطة كالحميات الطفحية الحادة والتيفوس الطفحي والبطني يكون الخطر الناشئ عن ارتقاء حرارة الجسم اعظم من الخطر الذي ينشأ عن ازدياد تولد الحرارة نفسها ومع ذلك فلا ينبغي اهمال هذا الاخير عند مضاربة الاول فانه يترتب على ذلك ضرر المرضى بدلا عن منفعتهم ولا اخشى التحذير من ذلك قبل ذكر الطرق العلاجية التي تنقص درجة الحرارة والايصاء بها في معالجة كل من التيفوس الطفحي والبطني وغيرهما من الامراض التيفوسية فان المعالجة بالماء البارد الخاصة بذلك استعملتها في اكلينكي قبل الاطباء الانكليز ورأيت نجاحها بمشاهدات اكيدة وكنت قبل ذلك بعدة سنين اغلف المرضى بملاآت مبتلة بالماء البارد لاجل تنقيص درجة الحرارة اذا وصل ارتقاؤها لدرجة تخاطر بحياة المرضى وتكرر هذه العملية في كل عشر دقائق او عشرين حتى يتحصل على النتيجة وبعد ان اتضح لي مع التأكيد انه يحصل للمرضى تعب ومشقة في تنقلهم من فراش الى اخر بكثرة استعملت عوض ذلك الحمامات الباردة العمومية لاجل تنقيص درجة الحرارة فانها اسهل استعمالا وتأثيرها الجيد مشابه لتأثير الاولى غير انها اسهل تحملا للمرضى بالنسبة لما ذكر آنفا ومع ذلك فلم يخف ما يحصل للمرضى بعد استعمال هذه الطريقة من انخفاض حرارة الجسم وبطء النبض وزوال اعراض الخمود والانحطاط الواضح الا انه يزول بسرعة وينتهي المرض بالشفاء التام غير اني شاهدت زيادة عن هذه الاحوال احوالا استمرت فيها درجة الانحطاط والهبوط زمنا طويلا بعد استعمال الحمام البارد واعقب ذلك

الموت

الموت بسرعة فايقظنى ذلك للتفكر فى كونى هل احدثت منفعة للمريض اوازلت عنه خطرا او اوقعته فى خطر اخر ولذا كان الاولى استعمال الحمامات الباردة فى الامراض التيفوسية بالكيفية الآتية بان يغمس المريض ابتداء فى حمام فاتر درجته نحو الثلاثين مثينية وتخفض درجته بالتدريج الى ان تصل الى ١٨ وتختلف مدة الجلوس فى الحمام وتكراره بحسب الحالة الراهنة وذكر المعلم براند انه ينبغى فى الاحوال الاعتيادية تكرار الحمام بالصفة السابق ذكرها فى كل ثلاث ساعات مرة واحدة مع المداومة ليلا ونهارا لكن ان لم تبلغ درجة الحرارة ٣٩ مثينية بوضع الترمومتر فى المستقيم بعد الثلاث ساعات فلا مانع من تأخير الحمام وذكر المعلم المذكور انه ينبغى المبادرة باستعمال هذه الطريقة فى الامراض التيفوسية متى احتاج الحال اليها لكن من المهم مع ذلك ان يتبصر الطبيب عند استعمال المعالجة بالماء البارد ويكررها بحسب الاقتضا ففى الاحوال غير الثقيلة جدا يكفى تكرار الحمام فى ظرف ٢٤ ساعة من ٤ مرات الى ٦ وعند الاشخاص كثيرى الحساسية او الاطفال من الجيد ابتداء وضعهم فى ماء فاتر غير بارد تكون درجة حرارته نحو ٢٨ ريومير (كما قاله سمسن) ثم خفض الدرجة المذكورة الى نحو ٢٠ او ١٨ بصب ماء بارد فى الحمام شيأ فشيأ وكذا من الجيد عند شدة تأثير المرضى من البردان لا يستمر بالحمام بقدر ١٠ دقائق او ربع ساعة بل يكفى فى ذلك استعماله بقدر ٨ دقائق او ٥ واقل ما هنالك ان يكون الاستعمال ابتداء فى ذلك مع الهينة واللطف حتى لا يفزع المريض من تأثره من البرد وذكر ليبرمايستر ان الزمن المهم فى استعمال تلك الحمامات هو من الساعة السابعة مساء الى الساعة الثامنة صباحا وذلك لانه ان حفظت درجة حرارة المريض فى اثناء زمن انحطاط الحرارة مدة من الساعات على درجة تقرب من الطبيعية يمكن الجسم ان يحفظ قواه فى هذا الزمن حتى يمكنه تحمل ارتقاء درجة الحرارة زمنا قصيرا وهناك زمن ثان جيد لاستعمال الحمامات وهو وقت ساعات الزوال من الساعة الحادية عشر الى الساعة الثانية بعد الظهر وفى الاحوال التيفوسية الثقيلة المصحوبة بارتفاع عظيم فى درجة الحرارة يعد من خطاء

الطبيب السير الخطر لتلك الامراض ان لم يستعمل الحمامات الباردة فيها واما الاحوال الخفيفة التى لا يمكن استعمال هذه الحمامات فيها بسبب من الاسباب فينبغى ولا بد استعمال وسائط عوضا عن ذلك والعادة أن تعتبر درجة ٣٩ فى الحفرة الابطية و ٣٩ و ٥ خطوط فى المستقيم حدا فاصلا لاستعمال الحمامات المبردة وفى الاحوال الخفيفة وكذا عند المرضى الضعفاء البنية الذين لا يسوغ استعمال الحمامات لهم ينبغى نحو يضعها بلف الجسم بملاآت مبتلة بالماء البارد بعد عصرها فانها الطف فى التأثير والفعل عن الحمامات فانه طبقا للرأى ليبرمايستر ينتج عن تغليف الجسم المتتابع من ١٠ دقائق الى ٢٠ تأثير مبرد كحمام بارد مدته ١٠ دقائق واما استعمال المكمدات الباردة على الجلد او الرأس او قسم القلب او البطن فليس لها تأثير فى تنقيص حرارة الجسم العمومية الا انها تحفظ الاعضاء التى اسفل منها من تأثير الحرارة المرتفعة جدا ومن المهم فى الطب العملى عند العامة ان اجراء هذه الطريقة لا يصادف صعوبة عظيمة فانهم لا يفزعون من وضع المريض فى حمام فاتر مثل ما يفزعون من تغليفه بملاآت مبتلة بالماء البارد أو غمسه فيه أو صبه عليه ونحو ذلك والعوارض التى تمنع من استعمال الحمامات المبردة بالتدريج هى النزيف المعوى والحيض الذى يطرأ فى اثناء سير التيفوس بخلاف بعض العوارض الثقيلة والمضاعفات التى تحصل فى اثناء سير هذا المرض كالالتهابات الباطنة والاسهال الغزير والانتفاخ الطبلى البطنى وكذا الظواهر الانحدارية والعصبية فانها لا تمنع من استعمال تلك الحمامات بل انه فى احوال شلل القلب المهدد يمكن استعمال حمامات اقل درجة فى التبريد قصيرة المدة مع اعطاء بعض ملاعق من نبيذ جيد اذ بذلك يمكن حفظ فعل القلب مع انتظامه زمنا ما

وما عدا تنقيص درجة حرارة المصابين بالتيفوس بواسطة الماء البارد فاكثر الوسائط العلاجية استعمالا الكينين ومركباته وكثيرا ما مدح هذا الجوهر فى معالجة التيفوس البطنى وتكرر الابصاء به كما تكرر تركه فيه لعدم الحصول على الغاية المطلوبة حيث لم يكن لهذا الجوهر تأثير خاص فى سير الامراض التيفوسية سوى تلطيف درجة الحرارة وتنقيصها

فتى ارتقت فى المصابين بالتيفوس زيادة عن ٣٩ وجب استعمال الكينين بكمية صغيرة كما والجارى الآن دون ما كان سابقا فانه كان يعطى منه من ٢٠ قمحة الى ٣٠ فى ٢٤ ساعة والآن يعطى منه من قمحة الى اثنتين كل مرة على حالة سائل مضافا اليه قليل من حمض الكبريتيك المخفف واستعمال الكينين بهذه المثابة يمكن تنقيص درجة الحرارة بحيث لا يضطر الى كثرة تكرار الحمامات المبردة وهذا جيد = وقد أوصى المعلم وندرلش باستعمال الديجتالا أيضا فى التيفوس البطنى لاجل مقاومة الحمى والنتائج الجيدة التى تحصل عليها هذا الشهير الماهر فى الاحوال المصحوبة بسرعة فى النبض عظيمة وارتقاء مستمر فى درجة الحرارة تلجأنا لفعل تجارب بهذا الجوهر الدوائى فان تأثيره المضاد للحمى معلوم لدينا كما ذكرناه فى معالجة الالتهاب الرئوى وغيره من الامراض الالتهابية ومثل الجوهرين المذكورين فى التأثير حمض الصفصاليك ولاسيما صفصافات الصودا فانهما استعملا بكثرة مع النجاح فى العصر الجديد بمقدار من ٥ قمحات الى ٦ ويكرر ذلك جملة مرات فى النهار بل وبعضهم فضلهما على الكينين واستعمال هذه الجواهر لا ينافى المعالجة بالحمامات المبردة ولا تقوم مقامها عند زيادة الحرارة على ٣٩ او ٣٩ ونصف وزيادة عن الحمى فان اضطراب الاعضاء التنفسية كالنزلات الشعبية والاحتقانات الانحدارية وهبوط الرئة توقع المريض فى خطر عظيم متى امتدت امتدادا عظيما غير اننا لا نستطيع دفع هذا الخطر دون السابق وما أوصى به بعض الاطباء من اعطاء مشروبات فاترة عند وجود نزلات شعبية شديدة عوضا عن الباردة مبنى على نظريات لا مشاهدات فى الطب العملى فان الطبيب متى وضع يده على جلد المريض وأحس بحرارة لاذعة لا يخطر بباله دفع النزلات الشعبية الشديدة بواسطة منقوع فاتر من الازهار الصدرية وأكثر الوسائط العلاجية استعمالا فى النزلات الشعبية الشديدة التيفوسية المحاجم التشريطية والجافة والوضعيات الفاترة أو الخردلية أو المنفطة على الصدر وتعاطى منقوع من عرق الذهب (سبع قمحات منه فى ست أواق من الماء) أو منقوع البوليجالا (نصف درهم منه على ست

أواق من الماء) مع اضافة سائل اليانسون النوشادرى (بقدر نصف درهم أو درهم على احد هذين المنقوعين) وجميع هذه الوسائط العلاجية لا تحدث تحسينا قويا بالمريض سوى المحاجم التشريطية والجافة فكثيرا ما ينتج عنها تحسين وقتى *وأما المهيجات الجلدية فانها غالبا تكون مضرة ومتى احس فى الصدر بخراخر رطبة ولم يخرج منها شئ بالنفث ينبغى اعطاء زهر الجاوى (من قمحتين الى أربعة) فان لم تنجح هذه الواسطة يعطى مقئ فانه ان كان هناك واسطة علاجية نافعة فى دفع الخطر فهى هذه ولابد ولاجل تجنب امتداد الاحتقانات الانحدارية ينبغى منع المريض من الاستلقاء على ظهره دائما بل ينام على الجنبين مع التناوب غير انه يتأسف على عدم امكان اتباع هذا الامر زمنا طويلا وأما معالجة الهبوط والالتهاب الرئويين فلتراجع فى معالجة النزلة الشعبية وعند وجود رعاف غزير لا ينبغى ضياع الزمن بالاستنشاقات القابضة والحوامض المعدنية والوضعيات الباردة على الجبهة بل يسرع فى اجراء سد الانف الجزئى بواسطة كرة من القطن مغموسة فى محلول خفيف من فوق كلورور الحديد فى جهة أو فى الجهتين معا وهذا يكفى فى غالب الاحوال وأما ان كان النزيف غزيرا جدا ولم تكف هذه الواسطة وسال النزيف من الفتحات الخلفية للخياشيم وجب فعل السد التام بواسطة مجس بلوك وشرح ذلك منوط بفن الجراحة وأما الظواهر المعوية فمنها الاسهال فان كان خفيفا فلا يحتاج لمعالجة مخصوصة والاوجب استعمال القوابض سيما محلول الشب (درهم منه على ست أواق من الماء) أو التنين (من جرام الى نصف درهم على ست أواق من الماء) ويضاف لذلك الصبغة الافيونية (من جرام الى نصف درهم) وأما الزحير المتكرر المؤلم فالاجود فيه استعمال الحقن النشوية المضاف اليها قدر ١٠ نقط أو ١٢ من الصبغة المذكورة وعند حصول تمدد طبلى عظيم فى البطن يمكن الاجتهاد فى اخراج الغازات المحتبسة فى المعاء بواسطة الحقن المفككة أى الطاردة للغازات كالمركبة من ٨ أواق من منقوع البابونج ونصف درهم الى درهم من صبغة الحلتيت مع دلك البطن بجوهر بلسمى طارد للغازات أيضا كالدلك بزيت البابونج المضاف اليه بعض نقط من عطر اليانسون او المريمية أو الوضعيات

الباردة على البطن او الحقن الباردة فان لم تمر وازداد الانتفاخ الطبلى للبطن وخيف من الاختناق وجب استفراغ الغازات بواسطة أنبوبة مرنة كالمجس المرى بادخاله من الشرج وعند حصول ازفة معوية غزيرة ينبغى وضع مكمدات باردة على البطن أو جليدية مع التكرار بسرعة جدا ويعطى من الباطن الشب محلولا فى مصل اللبن وكذا عند حصول التثقب المعوى من الجيد أيضا استعمال المكمدات الباردة على البطن لاسيما تعاطى الافيون بمقدار عظيم متكرر مع الجسارة بان يعطى منه قدر قمحة كل ساعة أو ساعتين مع استعمال جرعات صغيرة من الماء الجليدى أوازدراد قطع صغيرة من الجليد تقاوم العطش الشديد وعند ظهور اعراض التهاب بريتونى ليس ناشئا عن تثقب معوى يفضل استعمال المكمدات الباردة على البطن عن ارسال العلق = وعند شلل العضلة المضيقة للمثانة (وكثيرا مايهمله الاطباء الغير المتمرنين) ينبغى استفراغ المثانة بواسطة القساطير مرة اواثنتين كل يوم وقد ذكرنا فيما تقدم انه بالنظافة والغسل بالماء البارد والاستحمام به مع الدقة يمكن تجنب حصول الغنغرينا الوضعية فمتى ظهرت العلامات الابتدائية للاريتما ينبغى حفظ الاجزاء المحمرة من الضغط بواسطة وضع مخدات مرنة عملئة بالهواء وغسلها بماء جولارأو بالنبيذ المخفف أو العرقى وينبغى تغطية الاصفار المتسلخة بمرهم رصاصى أوخارصينى أو بمرهم التنين (اعنى المرهم المضاد للغنغرينا الوضعية للطبيب أوتن ريد) مع مسها بالحجر الجهنمى خفيفا وان حصل فقد جوهر عظيم وكان قاعه وسخا وجب معالجته على حسب قواعد الجراحة بواسطة الضمادات الفاترة والمراهم المنبهة المضاف اليها الراسب الاحمر أونترات الفضة أو وهو الاجود بمحلول مخفف من حمض الفنيك وان حصلت خراجات متعددة وجب المبادرة بفتحها وان تكرر حصولها فى اثناء النقاهة وكانت حيوية الجلد والمنسوج الخلوى ضعيفة جدا وجب استعمال الحمامات العطرية الحديدية وان انحطت قوى المريض ولو مع غاية الاحتراس وصار النبض صغيرا وارتقى الانحطاط الى درجة عظمى يخشى منها وجب اعطاء النبيذ الاحمر مع الجسارة لاسيما نبيذ مدايرا أوبردو أو البوزة القوية كما ذكره (فيفر) وليس ثم جوهر دوائى منعش أو

مقو وله تأثير جيد مثل النبيذ القوى أو الشمبانيا والقول بان استعمال المشروبات الروحية يزيد فى الحى لا أساس له فلا يلتفت اليه ولذا لا ينبغى الاهمال الى ان يحصل الانحطاط الكلى حتى يمنع باستعماله بل يبادر فى الاحوال التى فيها يشاهد ان المرضى وقعت فى درجة ضعف عظيم فى ابتداء الاسبوع الثالث أو انتهاء الثانى باعطاء قدر كاف من النبيذ الخفيف لاجل حفظ قواهم

وبالجملة ينبغى التيقظ الكلى لتدبير غذاء المرضى فان عددا من يهلك اثناء النقاهة من التيفوس عظيم اما لاهمال الطبيب فى حمية المرضى فيما يعطى لهم من المآكل أى فى ترتيبها وتخصيصها وتقديرها ويكون ذلك خطأ من الطبيب أو عدم اتباعهم لما أوصاهم به والاجود فى ذلك تكرار نوب الطعام مع اعطاء قليل منه كل مرة حتى يمكن هضمه بالعصارة المعدية المنفرزة بكمية قليلة فى اثناء النقاهة وينبغى تجنب الجواهر الغذائية التى يتكون عنها مواد برازية بكثرة فان أقل تلبك فى الهضم أو اسهال ضعيف أو قىء خفيف قد يكون عرضا خطرا للغاية اذ قد ينشأ عن ذلك تثقب فى القروح المعوية التى لم يتم التحامها

(المبحث العاشر)

(فى التيفوس النكسى المعروف بالحى التيفوسية الراجعة أو المترددة)

(كيفية الظهور والاسباب)

التيفوس النكسى من جملة الامراض التسممية الحادة التى لا يشك فى انتشارها وسريانها بالعدوى وان لم يمكن الحكم مع التأكيد على سريانه بمحض العدوى كما ذكرناه فى الامراض الطفحية الحادة كالحصبة والقرمزية والجدرى وانه لا يصاب احد بها الا بالعدوى فان هناك أمورا تدل على ان الجوهر المعدى للانسان المحدث لمجموع اعراض هذا المرض لا يكون متولدا فى جسم المريض فقط فيعدى غيره بل قد يتكون خارجا عن الجسم البشرى أيضا عند وجود اسباب مساعدة على ذلك والامر المعلوم من ان هناك بعض أقاليم طبيعية أرضها تؤدى لظهور الميازما المحضة أو الملاريا اى السم الاجامى تنتشر فيها على الخصوص اوبية هذا المرض

ينافى بالكلية انتشار هذا المرض بمجرد العدوى وعلى الخصوص يقال ذلك مما ثبت بالتجارب من انه لا ينـدر ظهور راوبية هذا التيفوس فى بعض الاقاليم أو البلاد التى لم يشاهد فيها هذا المرض من منذ سنين متى حصل قحط فى تلك الجهات واضطر الشخص لتعاطى الاغذية الرديئة المنفسدة لقلة الاغذية الجيدة ومن جهة أخرى يوجد بعض أمورتنا فى تكوّن هذا المرض وانتشاره بالكيفية السابقة والاستدلالات التى استنبطناها منها فيما سبق ان الاصل المعدى لجميع الامراض التسممية الحادة عبارة عن جسيمات آلية دنيئة جدا انطبق أيضا على التيفوس النكسى وهذا وان كان جائزا يعسر علينا القول بان هذه الجسيمات الالية التى تتكوّن وتتكاثر فى الجسم الانسانى يمكن تكوينها وتكاثرها أيضا خارجا عنه عند وجود شروط مخالفة لما سبق بالكلية

ونحن نقول ان النظريات الآتية (التى لا يمكننا اثبات حقيقتها) معول عليها فان جميع الحقائق المعلومة فى الامراض التيفوسية وكيفية تكوينها ومنشئها ينطبق على هذا النوع من التيفوس ولا يمكن انكار المشابهة التامة بين انتشار هذا التيفوس ومجموع الاعراض التى تسير به وبين انتشار باقى أشكال الامراض التيفوسية واعراضها التى سبق الكلام عليها ومن جهة أخرى توجد بعض أعراض تدل على اختلاف هذا المرض عن بقية أشكال الامراض التيفوسية وقربه ومشابهته للحميات المتقطعة وكل من هذه المشابهة والتجارب المثبوتة بانه لا يوجد أدنى برهان يثبت ان مريضا مصابا بتيفوس بطنى أو طفحى قد اعدى شخصا آخر بالتيفوس النكسى والعكس الجأ اغلب المؤلفين لاعتبار هذا المرض نوعا ثالثا من الامراض التيفوسية وما يشاهد من انه بعد تسلطن التيفوس البطنى أو الطفحى زمنا طويلا قد يظهر هذا المرض مع احدهما أو بعده لاسيما ان شوهد ذلك فى البقاع المتسلطن فيها الشروط السابق ذكرها يوجه بما سنذكره وهو ان الجسيمات الالية الدنيئة الناشئ عنها الاصل المعدى للتيفوس البطنى أو الطفحى يعتريها تنوّعات بتأثير الاجام أو تعاطى المواد الغذائية المنفسدة على الجسم بمعنى انه يتكوّن

نوع جديد من هذه الجسيمات اى أصل معد جديد قريب من السابق ذكرهما وليست مماثلة لهما بالكلية

ونحن نقول ان تاريخ الاوبية المتكررة على مدا الازمان يؤيد مذهب دروين بالنسبة لمنشأ انواع مرضية معدية جديدة فاننا لا نشك فى تكوّن أمراض سمية بنيية على توالى القرون وظهور امراض من هذا القبيل بدلا عما كان متسلطنا قبل فاننا فى كتب الاقدمين من الاطبا نجد شروحات عجيبة دقيقة على كثير من الاشكال المرضية التى يعسر معرفتها وتمييزها عن بعضها بالكلية ولولا ذلك لما خفى على أبى قراط مع زكاء عقله واستنارته شرح مجموع اعراض الحصبة والقرمزية والتيفوس البطنى ونحو ذلك من الامراض التى هى الآن كثيرة الانتشار لو كانت متسلطنة فى زمانه وفى وطنه ومتى قلنا بحقيقة هذا الرأى واعتبرنا ان الامراض المعدية متعلقة بتسمم الجسم بواسطة جسيمات آلية دنيئة الدرجة جدا لزمنا القول أيضا عند ظهور امراض تسممية عامة جديدة بتكون أنواع جديدة أيضا من هذه الجسيمات الآلية الدنيئة وهلا يقال ان تنوع اوبية مرض واحد واختلاف خبثها فى الازمنة المختلفة والتنوعات الخصوصية التى يكتسبها بعض الاوبية يمكن توجيهه مع الايضاح بتنوعات قليلة وتنقلات تدريجيه فى الاشكال المختلفة من الامراض التسممية الى تنوعات اخرى متقدمة من الجسيمات الالية الدنية المعبر عنها بالاصل المعدى الآلى

ثم ان الامور المساعدة على ظهور هذا المرض هى عين المؤثرات المعينة على ظهور باقى الانواع التيفوسية وغيرها من الامراض المعدية كالفقر والحرمان والحرابات والقحط وعدم النظافة والمحافل فى اماكن ضيقة والهواء الردئ ونحو ذلك وهذه المؤثرات المضرة لا تعتبر كباقى الامراض الوبائيه سببا اصليا لهذا المرض بل تعتبر اسبابا مساعدة على نمو جرثومته المرضية وانتشارها فان السبب الاصلى لهذا المرض اصل معد ينشأ فى جسم المريض والحامل له فطر نباتى من الفصيلة البكترية الحلزونية كما استكشفه اوبرماير (ويسمى بالاسبيروشيتى لاوبرماير) وهذا الفطر يشاهد بالمكرسكوب مكونا لاخيطة حلزونية عرضها ١٠٠٠٠ ملليمتر وطولها من ٣٠٠ الى ٠٠١٥

ملليمتر وهذه الاخيطة تشاهد فى الدم الحديث محدثة لحركة رحوية سريعة تزول متى برد الدم وانجمد

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحمى التيفوسية النكسية يظهر انه كثير الانتشار جدا واقل ماهنالك ان اوبية هذا المرض تمتد امتدادا عظيما وقد شوهد جملة مرات اصابة بجميع سكان الاماكن ولو العظمى المعرضة لتأثير الاصل المعدى من هذا المرض بالحمى التيفوسية المذكورة ولا يوجد طور من الحياة مصون عن الاصابة بهذا الداء غير ان اغلب الاصابة به تحصل فى سن الشبوبية والكهولة ولا ينكر التأثير المهيئ للاماكن الرديئة والاغذية غير الكافية بحيث ان اغلب من يصاب بهذا المرض فى مدة تسلطنه تسلطنا اوبائيا هم الفقراء وان كان يظهر ان الاغنياء ليسوا مصونين عنه بالكلية وكثيرا ما تصاب الاطباء به سيما خدمة المرضى الملامسين لهم بكثرة والاستعداد للاصابة بهذا المرض لا ينطفئ بالاصابة به اوّل مرة كما فى باقى الامراض التيفوسية

الصفات التشريحية

من الصفات التشريحية التى فعلت فى احوال وباء المرض المختلف الشدة والخبث ومن الاعراض التى شوهدت مدة الحياة اتضح ان تسمم الجسم بالاصل المعدى للحمى التيفوسية النكسية لا يؤدى فقط لحصول حمى شديدة ذات سير مخصوص بل كذلك يؤدى لتغيرات مرضية فى اعضاء مختلفة كالطحال والكبد والكليتين والنخاع العظمى وهى عبارة عن اضطرابات دورية وتغيرات غذائية جوهرية تزول بسهولة واما فى الاوبية الخبيثة اعنى عند تأثير الاصل المسم من هذا المرض تأثيرا شديدا فانه يحدث فى الاعضاء المذكورة تغيرات مرضية جوهرية ثقيلة مكتسبة لشكل التهابات جوهرية اوتقيحية ثم ان الاضطرابات الغذائية الناشئة عن هذا المرض لا تكون ذات وصف مخصوص كما يشاهد فى غير هذا المرض من اشكال الامراض التيفوسية ولا تختلف عن غيرها من الاضطرابات الغذائية الناشئة عن أسباب أخرى

وجثة الهالكين بهذا المرض تحفظ التيبس الرمى الذى يحصل بسرعة

زمنا طويلا ولون الجلد يكون اصفر قليلا وقد يكون برتقانيا واضحا بالكلية وفى المحال المنحدرة من الجسم يوجد احتقانات انحدارية قرمية ممتدة

ولا تكون العضلات داكنة اللون كما يشاهد ذلك فى غير هذا المرض من الامراض التيفوسية وعند البحث عن الالياف العضلية بالمكرسكوب يشاهد فى أحوال كثيرة انها مكابدة لاستحالة مرضية متقدمة كثيرا او قليلا فتظهر داكنة متعكرة وحزوزها المستعرضة قليلة الوضوح وممتلئة بمادة حبيبية دقيقة جدا تزول باضافة قليل من حمض الخليك اليها ومع ذلك فان كلا من الحزوز المستعرضة والمستطيلة للالياف يزول وهذه الاستحالة لا توجد فقط فى العضلات التى كانت محلا للآلام شديدة مدة الحياة بل ولا التى كانت اكثر وضوحا فيها من غيرها فانها ان وجدت تكون ممتدة فى جميع عضلات الجسم ولون الدم فى الاحوال الحديثة يكون داكنا او احمر كرزى ولا يحتوى الاعلى قليل من التعقدات الليفية وعند امتداد هذا المرض امتدادا طويلا يكون الدم مائعا فاقد الخاصية الانعقاد وقد وجد هيدن رايش فى الدم جسيمات عضوية اولية معتريها الاستحالة الشحمية اوغير متغيرة واخلية محتوية على جسيمات دموية ونويات متشحمة وجميع ذلك ليس خاصا بدم المصابين بالتيفوس النكسى بل كذلك توجد فى دم المصابين بامراض تسممية أخرى وامراض التهابية واما التكونات الخاصة المحتوى عليها دم المصابين بالتيفوس النكسى المعروفة بالاسبير وشيتى فقد تقدم الكلام عليها

وكل من الدماغ والسحايا يكون كثير الدم جافا فى الاحوال التى يحصل فيها الموت عند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجة والجيوب الدماغية تكون فارغة واما ان كان فى الدور الاخير من هذا المرض فان السحايا تكون قليلة الاحتقان والدماغ نفسه قليل الدم باهتا وكل من المسافات تحت العنكبوتية والجيوب الجانبية يكون محتويا على كمية عظيمة من سائل مصلى

والغشاء المخاطى للشعب لا يوجد فيه تغيرات قارة فيكون دم الرئتين قليلا او كثير الاسيما فى الاجزاء المنحدرة منهما وفى الاحوال المستطيلة المدة تحتوى هذه الاجزاء على سدد دموية او ارتشاحات التهابية رئوية ممتدة والطبقة

العضلية من القلب تكون باهتة سهلة التمزق وقد وجد المعلم كيتنر عند البحث عليها بالمكرسكوب استحالة مرضية مخصوصة فيها وعبر عنها بارتشاح مادة زلالية اوليفية وعند استمرار هذا المرض زمنا طويلا توجد احيانا جدر القلب مسترقة جدا

والغشا المعدى والمعوى المخاطى يكون محتقنا او احمرا كيموزيا ويكون كل من الغدد المتفرقة والمتجمعة فى المعاء فى بعض الاحوال عظيم الحجم لكنه لا يكون مرتشحا ولا متقشكرا مطلقا والقناة الصفراوية احيانا منسدة بسبب انتفاخ غشائها المخاطى او بواسطة مواد مخاطية متراكمة فيها وفى مثل هذه الاحوال يكون متحصل المعاء قليل التلون والحوصلة المرارية ممتلئة امتلاء عظيما

والكبد يكون عظيم الحجم جدا ويظهر ان ذلك ناشئ عن امتلائه بالدم وقد يكون لونه فى بعض الاحوال كما قاله كيتنر ذا هيئة مرمرية وذلك لانتشار اجزاء محدودة ذات لون اصفر مبيض شبيه بشمع العسل فى جوهر الكبد وهذه الاجزاء عند تقدم هذا التغير فى الكبد قد تشابه عقد السرطان النخاعى ولا يمكن معرفة الحبوب الكبدية فى مثل هذه الاجزاء والحويصلات الكبدية تفقد شكلها البوليجونالى (اى المضلع) الخاص بها وتكون نوايانها عسرة الوضوح ممتلئة بمادة متجانسة وقد وجد المعلم المذكور فى مثل هذه الاحوال التى ابتدأت باليرقان وانتهت انتهاء محزنا من ابتداء الاصابة ان الكبد صغير الحجم وجوهره متلون تلونا يرقانيا رخوا سهل التمزق (وذلك يشاهد على الخصوص فى التيفوئيد الصفراوى) وبالبحث بالمكرسكوب يوجد به مثل ما يوجد فى احوال الضمور الاصفر للكبد وكذا الطحال يكون على الدوام متزايد الحجم ازديادا عظيما بحيث يفوق عن حجمه الطبيعى بخمس مرات او ست ويصل ثقله الى اربعة ارطال او ازيد وجوهره يندر ان يكون رخوا جدا عجينيا كما يشاهد ذلك فى الدور الاول من اشكال الامراض التيفوسية السابق ذكرها بل يكون غالبا فى الابتداء يابسا سهل التمزق وعند شقه تظهر حسيمات ملبيجى على هيئة نقط سنجابية مبيضة او مصفرة فى حجم رأس الدبوس وقد توجد احيانا فى الطحال بورات صغيرة

مستديرة تارة وتارة غير منتظمة فتكون من حجم حب الدخن الى حجم الفندقة ذات لون مصفر او ابيض مصفر وتكون ابتداء ذات مقاومة ثم تلين فيما بعد لينا قيحيا وقد زعم المشرح كيتنر المذكوران هذه البورات عبارة عن تمددات وارتشاحات في الهالات الكهفية الكائنة بين الشبكة الوريدية من الطحال يحصل فيها في ادوار هذا المرض الاخيرة كما يحصل في الالتهاب الوريدى عقب السدد الوريدية الذاتية التهابات وتقيحات في الاجزاء المحيطة بها

وتكون الكليتان عظيمتي الحجم جدا بحيث يتضاعف وذلك ناشئ عن انتفاخ الجوهر القشرى فيكون مضيقا للانابيب وضاغطا عليها ويعسر نزع المحفظة الكلوية بحيث عند نزعها بقوة ينجذب معها بعض اجزاء من جوهر الكلية وعند البحث بالمكرسكوب توجد الاخلية البشرية للقنوات البولية منتفخة او ممتلئة بمادة حبيبية رقيقة وفي الدور الاخير من هذا المرض تتلاشى هذه الخلايا فتكون القنوات البولية ممتلئة بمادة حبيبية وفي احوال نادرة يوجد في الكلية جملة خراجات صغيرة وكذا النخاع العظمى يوجد فيه تغيرات تشريحية واضحة على شكل بوارت لينة محدودة

(الاعراض والسير)

مدة تفريخ هذا المرض لم تعرف بالضبط في اثنائه اعني من ابتداء تأثير الاصل المعدى الى حين ظهور المرض نفسه واتضاحه يكون بعض المرضى متمتعا في الظاهر بحالة صحية وبعضهم يشتكي اضطرابات قبل ظهور هذا المرض بزمن ما قليل الطول او كثيره كالاحساس بالتعب العام والآلام في الرأس وثقل فيه وازدياد العطش وآلام متنقلة في الاطراف وعلى كل حال يكاد يبتدأ هذا المرض على الدوام بقشعريرة مختلفة المدة والشدة يعقبها احساس مستمر بحرارة عمومية شديدة

ومتى ابتدأت الحمى تقع المرضى في حالة ضعف عظيم بحيث لا يستطيعون الوقوف على اقدامهم ويشتكون بآلام شديدة في الرأس سيما الجبهة ودوار وطنين في الاذنين وعلى الخصوص تشتكي بالام عضلية شديدة تكاد

تكون واصفة لهذا المرض ونجا من هذه الآلام الاطراف وآلفقار وهى من
الاعراض المحسوسة للمرضى والاكثر ايلاما لهم ويوجد عندهم ابتداء
درجة خفيفة من تنبه عصبي غير انه يزول بسرعة ويعقبه انحطاط سريع
فى القوى العقلية بحيث لا يجيب المرضى جوابا ولا يحسنون خطابا ولا يلتفتون
لما حولهم ومن النادر ظهور الهذيان والخدر عندهم ولو بلغت الحرارة
درجة قوية جدا وهذا راينا فى ان الاضطرابات العصبية فى الامراض
التيفوسية الحادة لا تكون متعلقة بارتفاع درجة الحرارة فقط وفى
ابتداء هذا المرض يكون وجه المرضى متوقدا قليلا سيما الشبان والجلد
حارا جافا مغطى بعرق خفيف احيانا ولا ينبغى اعتبار ذلك علامة جيدة
عند ارتقاء المرض الى اشد درجته ويكون العطش متزايدا عظيما والشهية
مفقودة ولو تعاطى المرضى بعض المأكول واللسان عريضا مدببا من الامام
وعلى جانبيه انطباعات الاسنان وظهره مغطى بطبقة كثيفة مبيضة وطرفه
محمرا كحوافيه ومهما كان ارتقاء درجة الحرارة فان اللسان يبقى فيه بعض
رطوبة غالبا ويكاد لا يتكون عليه مطلقا الطبقة المسودة الجافة التى تغطى
اللسان الضيق المدبب فى التيفوس البطنى بكثرة كما انها تغطى الاسنان
واللثة فى هذا المرض الاخير ويكون البلعوم محلا لحالة نزلية خفيفة عادة
وفى النادر شديدة وهذه الحالة تتضح باحتقان الغشاء المخاطى احتقانا
شديدا وبافراز مادة مخاطية لزجة منه وقد يظهر احيانا قىء متكرر
من مواد صفراوية فى ابتداء هذا المرض وقد يحصل غالبا للمريض امساك
وفى النادر اسهال عقب تعاطى كمية عظيمة من المشروبات وسرعة التنفس
تكون متزايدة تزايدا عظيما بنسبة الحمى بحيث يرتقى الى ٣٠ أو ٤٠
حركة تنفسية فى الدقيقة الواحدة ولو مع عدم مضاعفة شعبية أو رئوية
وقد يفقد كل من الاعراض المدركة للطبيب والمحسوسة للمريض من
النزلات الشعبية بكثرة كما انه يوجد = وقد يكون البطن منتفخا أو منقبضا
ويحس المريض فى قسم الكبد والطحال عند الضغط بتألم او يوجد فيهما ألم
مستمر وبالبحث الطبيعى عن هذه الاعضاء يظهر فيها ابتداء تمدد عظيم
بحيث لا يندر تجاوز الكبد لحافة الاضلاع ويمتد نحو السرة والمراق الايسر

وكذا الطحال يكون مثل الكبد فى تجاوز حافة الاضلاع بحيث يحس به عند الجس

وعند البحث عن البول يوجد غالبا كما ثبت بمشاهدات اوبرميير العديدة الدقيقة جميع الصفات الخاصة بالالتهاب الكلوى الجوهرى فان هذا الطبيب قد وجد ان البول زيادة عن احتوائه على الزلال بكمية قليلة او كثيرة مختلط بكرات دموية واسطوانات بشرية داكنة فى ثلثى الاحوال تقريبا وعند تقدم هذا المرض كانت هذه الاسطوانات مغطاة ببقايا الخلايا البشرية الحبيبية وفى انتهائه تتعرى بالكلية وكمية البول فى اثناء الحمى تكون متناقصة ووزنه النوعى متزايدا بحيث يصل من ١٠١٢ الى ١٠٢٠

وهنالك درجة خفيفة من اليرقان تنضم احيانا الى الاعراض السابقة تنشأ عن حالة نزلية فى المسالك الصفراوية ويستدل على ذلك بقلة تلون المواد البرازية ووجود الحوامض الصفراوية فى البول وبذلك يعلم ان منشأ هذا اليرقان هو احتباس الصفراء فى الكبد بمعنى انه يكون يرقانا ميخانيكيا ومميزا عن اليرقان الذى سيأتى ذكره اعنى الناشئ عن فساد الدم المصاحب للاحوال الثقيلة جدا فى هذا المرض

ثم انه مما ذكر يتضح جيدا ان الاعراض التى توجد فى المريض ابتداء هذا المرض بقطع النظر عن الالام العضلية الشديدة لا تتميز عن الاعراض المرضية الناشئة عن كل حمى شديدة تميزا تاما وفى الحقيقة يلزمنا اعتبار الحمى الناشئة عن تسمم الجسم بالاصل المعدى للحمى النكسية انها الظاهرة الرئيسة الدالة على هذا المرض فان هذه الحمى لا تظهر الصفة المخصوصة التى اتخذ منها تسمية هذا المرض بمعنى انها تكاد تنتهى على الدوام ببحران واضح بعد النوبة الاولى ثم تعود ثانيا بعد بعض زمن وتشتد اشتدادا اعظم بل انها تظهر صفات اخرى يتضح منها حقيقة هذا المرض وتشخيصه ولو من اول نوبته

وقد ثبت بمشاهدات الطبيب اوبرميير الذى فعل تجارب عديدة على حرارة الجسم فى اثناء نوبة القشعريرة التى تبتدئ بها النوب التالية ان حرارة

الجسم

الجسم ترتفع ايضا فى اثناء القشعريرة الاولى بل ارتفاع قليل لدرجة الحرارة يسبق هذه النوبة وارتفاع درجة حرارة الجسم التى تحصل فى اثناء هذا المرض تكون عظيمة جدا وغير اعتيادية فانه لايندر ارتقاؤها الى ٤١ و ٥ خطوط بل احيانا شوهد ارتقاؤها اكيدا الى ٤٢ و ٥ خطوط بمعنى انها تصل الى درجة لاتكاد تصل اليها فى باقى الامراض الحمية حيث تصل الى درجة لايمكن معها بقاء الحياة وتكتسب الحمى فى هذا المرض الصفة المترددة كما فى التيفوس البطنى فالنوبات اليومية للحرارة قد تكون من بعض خطوط واحيانا تبلغ درجة كاملة واعظم ارتفاعها يكون مساء وكذا تصل سرعة النبض فى هذا المرض الى حد لايكاد يشاهد فى غيره من الامراض فان سرعته فى جميع الاحوال تكون من ١١٠ الى ١٢٠ فى الدقيقة الواحدة ولايندر وصولها الى ١٣٠ بل الى ١٥٠ بدون ان تكون هذه الظاهرة من العلامات المحزنة فان هذه السرعة فى ذلك المرض لاتطابق ارتقاء درجة الحرارة كما فى غيره وفى الابتدا يكون النبض صلبا متوترا ثم يصير رخوا اومتموجا عقب ضعف نصف شللى فى الطبقة العضلية الوعائية ولايندر ازدواجه وبهذه المثابة يكون سير هذا المرض مدة من خمسة ايام الى سبعة ويندر استمراره على هذه الحالة احد عشر يوما او اثنى عشر ثم يحصل تغير عظيم واضح جدا فانه بعد بلوغ الاعراض والحرارة الى اشد درجتها وكذا ضربات النبض وحصول رعاف غزير متكرر يظهر على الجلد فجأة عرق غزير بعد ان كان جافا فحينئذ يحصل انحطاط فى جميع الظواهر الحمية المحسوسة للمريض وكذا فى درجة الحرارة وسرعة النبض وقد ذكر الطبيب (اوبرمير) ان مدة انحطاط الحمى يمتد من ٨ ساعات الى ٩ ويحصل تبريد الجسم اى انحطاط الحرارة الى نحو الخمس درجات بحيث ان كانت حرارة الجسم قبل طرو البحران واصلة الى درجة ٤١ فانها تهبط بعد حصوله الى ٣٦ اعنى تنخفض بمقدار درجة عن الحالة الطبيعة ومن المحقق ان فقد الحرارة الذى يحصل بواسطة العرق البحرانى يساعد كثيرا فى انخفاض درجة الحرارة السريع فانه فى اثناء هذا العرق يسرى فقد الحرارة الناشئ عنه الى جميع اجزاء الجسم بواسطة هروع الدم من

باطنه الى سطحه الظاهر ولابدان العرق بهذه المثابة يحصل به للجسم تبريد عظيم لا يحصل عليه بطرق المعالجات الايدروباتيسة فان تصاعد العرق البحرانى هنا عومى منتشر ولننبه على كمية الحرارة التى يفقدها الجسم بالتبخير الجلدى والعرق الغزير الحاصل فى الحمامات الحارة فانه من المعلوم ان حرارة الجسم لا ترتقى ولا ترتفع عن حالتها الطبيعية ولو كانت درجة حرارة الهوا المحيط به زائدة عن حرارته بنحو ٢٠ درجة ومن المهم معرفته فى مثل هذه الاحوال انه هل ينشأ عن الاسهال البحرانى (او الافراز البولى البحرانى) أيضا انحطاط واضح فى درجة الحرارة مثل ما ينشأ عن العرق البحرانى أم لا ﴿تنبيه﴾ يتضح مما ذكر سبب اعتقاد عوام مصر فى جودة العرق البحرانى فى النوشة وانتظارهم له وذلك انه مهما كانت شدة اعراض هذا المرض قبل طروّ هذا العرق البحرانى لابدوان يحصل تحسين تام فيها وانحطاط عظيم فى درجة الحرارة ومما ينبغى ذكره ان التكونات النباتية الفطرية الواصفة التى توجد فى الدم وهى الاسبيروشيتى لاوبرماير لا توجد فيه الا فى اثناء النوبة الحمية وتزول بسرعة فى اثناء الانحطاط الحمى ثم تتردد مع ترددها

وفى الايام التالية لحصول البحران ترتقى درجة الحرارة التى كانت منحطة عن الحالة الطبيعية الى درجتها الطبيعية تقريبا بارتقائها من درجة الى ثنتين وتكون سرعة النبض اذذاك من ٤٨ الى ٦٠ فى الدقيقة الواحدة وتعود الشهية ثانيا وينظف اللسان وتزول الالام العضلية وتحس المرضى بقواها وبعضهم يجتهد فى القيام من الفراش وهذا التحسين الواضح الذى يظن انه ابتدأ النقاهة لا يكون ابتداء الشفاء التام الا نادرا فى الاحوال التى لا ينبغى فيها اطلاق اسم التيفوس النكسى على هذا المرض فانه فى معظم الاحوال تحصل نوبة ثانية بعد مضى فترة عظيمة من ٦ ايام الى ٨ بل قد تكون من ١٢ الى ١٤ وظواهر هذه النوبة تكون مشابهة بالكلية لظواهر الاولى فانها تبتدأ بقشعريرة مختلفة المدة والشدة يعقبها الاحساس بحرارة عظيمة وتعب وتكسر وعطش وغير ذلك من الاعراض الحمية التى ترتقى الى درجة مثل ما فى الدور الاول من هذا المرض وكذا تظهر الالام العضلية لكن لا تكون

شدتها

شدتها عظيمة مثل الاولى ثم ان اللسان يتغطى بعد ما نظف وتتناقص الشهية اوتفقد بالكلية ويتمدد الطحال والكبد بعد تناقص انتفاخهما ويبلغ حجمهما قدر الم يصل اليه قبل فى النوبة الاولى ودرجة الحرارة فى هذه النوبة الثانية تصل الى درجتها فى النوبة الاولى بل ربما زادت بخلاف سرعة النبض فانها تنحط وعادة تكون مدة النوبة الثانية اقصر من الاولى فانها تكون من ٣ ايام الى ٤ والبحران الذى تنتهى به هذه النوبة يسير بنفس الظواهر التى انتهت بها النوبة الاولى

والغالب ان ينتهى هذا المرض بالنوبة الثانية فتدخل المرضى بعدها فى نقاهة حقيقية بعد البحران الثانى لكنها تحتاج لزمن مستطيل حتى تعود لها قواها ومن النادر حصول نوبة ثالثة واندر منها رابعة اوخامسة تتصف بعين الظواهر المرضية التى سبق ذكرها ﴿تنبيه﴾ ترددالنوب الحمية فى هذا المرض هو السبب فى تسميته بالتيفوس النكسى وبالحمى التيفوسية الراجعة اوالمترددة وهذا النوع من الامراض التيفوسية هو الاكثر انتشارا فى قطرنا هذا (أى القطر المصرى) دون غيره من الامراض التيفوسية بحيث ان ماتسميه العوام بالنوشة والاطبا بالحمى التيفوسية هو هذا المرض الذى نحن بصدده ومن المستغرب كون هذا النوع من الامراض التيفوسية وان كان كثير الانتشار فى اقطار متعددة لم يعتن بشرحه الا فى الاربعين سنة الاخيرة من هذا القرن بعد مشاهدة او بيئة عديدة منه فى بلاد الانكليز وامريقا ومصر والمانيا وغيرها وانما ننبه على ان الشكل الاول منه اعنى الذى لا تتردد فيه الحمى ولا يصدق اطلاق لفظ التيفوس النكسى عليه ليس بنادر فى بلادنا كما وان التيفويد الصفراوى شكل مستمر من هذا المرض واكثر ما يشاهد فى بلادنا عند السودان وان لم يكن نادرا فى غيرهم واما التيفوس البطنى فلم يشاهد منه فى قطرنا هذا الا أحوال قليلة واما الطفحى فهو أندر ولم اشاهده الا بكيفية وبائية

ثم ان غالب انتهاء هذا المرض فى شكله النكسى الاعتيادى هو الشفاء والموت به قليل بحيث لا يزيد فى اغلب الاوبئة عن اثنين اوثلاثة فى المائة ويندر ان يصل الى ستة اوثمانية وعند انتهائه بالموت يكون حصوله امافى اثناء النوبة

بحدوث حالة شلل عمومى ويندر ان يكون فى اثناء الفترة بواسطة النهوكة العظيمة او عقب مضاعفات بامراض تابعية واهمها الالتهاب الرئوى والدوسنطاريا وخراج الطحال والتهاب الكلى

وقد يكتسب التيفوس النكسى صفة ثقيلة جدا عقب بعض المؤثرات العمومية المضرة المنبهة عليه او تأثير سم تيفوسى زائد الشدة فحينئذ تتنوع صفة المرض كثيرا باشتراك الجهاز المفرز للصفراء فيحصل الموت فى غالب الاحوال بظهور اعراض مرضية ثقيلة وهذا الشكل الخبيث من هذا التيفوس قد شرحه المعلم جرسنجر بغاية الدقة بعد ان شاهده بمصر وسماه بالتيفويد الصفراوى وقد ثبت رأى هذا الطبيب ان هذا التيفويد شكل ثقيل من التيفوس المذكور بواسطة الوبا الذى شوهد بيطرسبورغ سنة ١٨٦٤ وسنة ١٨٦٦ ميلادية فانه فى هذا الوبا كان يشاهد بجوار الاشكال الخفيفة من التيفوس المذكور احوال ثقيلة من التيفويد الصفراوى خصوصا فى ابتداء هجومه متصفة بجميع الصفات التى ميزها بها المعلم المذكور كما ان هايدنرايش وجد فى التيفويد الصفراوى الاخيطة النباتية الفطرية المسماة بالاسبير وشيتى فى الدم كما يشاهد ذلك فى دم المصابين بالتيفوس النكسى الاعتيادى وحينئذ قد ثبت التماثل بين هذين الشكلين من التيفوس النكسى

والظواهر المرضية لا تختلف فى الابتداء عن الظواهر المرضية للحمى النكسية وانما يكون انحطاط المرضى والم الرأس أكثر شدة وتكدر القوى العقلية اكثر وضوحا ويوجد فى صفراوى متكرر واللسان الذى يكون فى الحمى ذات النكسة الاعتيادية رطبا مدة سير هذا المرض يظهر استعداده للجفاف فى هذا الشكل ويحصل غالبا بعد بعض ايام اسهال من مواد صفراوية او شبيهة بالمواد الدوسنطارية وكثيرا ما يوجد ايضا نزلات شعبية مختلفة الشدة وفى الغالب يظهر فى اليوم الرابع او السادس من هذا المرض بعد انتفاخ كل من الكبد والطحال انتفاخا عظيما وازدياد حساسيتهما يرقان واضح شديد بدون ان تكون المواد البرازية خالية عن الصفراء وفى هذا الزمن يصل انحطاط المريض الى ارقى الدرجات فيكون

اما

اما في حالة هبوط اوتيفوس وهذيان ويكون اللسان جافا مغطى بقشور سمرة والنبض ضعيفا بطيئا والجلد الحار يفقد امتلاءه الدموى وكثيرا ما يهلك عدد عظيم من المرضى بظواهر الانحطاط والشلل العام وفي هذا الزمن قد يظهر عند بعد المرضى بحران قليل الوضوح اوكثيره كما في الحمى النكسية الاعتيادية ويعقب هذا البحران غير التام تحسين سريع في جميع الظواهر المرضية بحيث يظن بنقاهة المرضى حتى تعود الاعراض المرضية ثانيا فتهلكها بسرعة

واحيانا لا يحصل هذا البحران فيظهر في الاسبوع الثاني حالة مرضية تشابه بالكلية الصورة المرضية التي تسير بها اشكال الامراض التيفوسية المستطيلة المدة فيقع المريض في خدر عميق وهذيان بهدء اوبعربدة وتزداد جدا حساسية البطن السفلي ويحصل اسهال من مواد سائلة صفراوية اودوسنطارية وتنقذف بكثرة مواد دموية منعقدة ويتعسر الازدراد مع تغطية الغشاء المخاطي البلعومي بطبقة غشائية كاذبة وتظهر اعراض الالتهاب الشعبي الشديد اوالرئوي الفصي الممتد ويندر ظهور ظواهر الالتهاب التاموري وربما اتضح هذا الدور بقع كدمية اوحويصلات دخنية تظهر على الجلد مع قشعريرات غير منتظمة وهذا الدور يكاد ينتهي بالموت بتشنجات خفيفة اوانحطاط سريع فجائي اوانزفة باطنية (بمزق الطحال اوغيره) اوعقب ظهور امراض تابعية في الاعضاء التنفسية ويندر انتهاؤه في مثل هذه الاحوال بالشفاء وذلك بسبب تنوع سريع اوبطئ في الاعراض خصوصا عند وجود تغيرات مرضية ثقيلة في المعا اوالرئتين كتكاثف الرئة (اوتغيرات دوسنطارية في المعا) فان حصول الشفاء في مثل تلك الاحوال يكون بطيئا

﴿المعالجة﴾

الوسائط العلاجية الواقية التي بها تقي الحكومة المحلية انتشاراوبية التيفوس النكسي والتي بها يقي كل شخص نفسه من الاصابة بهذا المرض تستنتج مع الوضوح مما ذكرناه في اسباب هذا المرض واغلاها من هذه الحيثية الحصول على تحسين احوال معيشة الفقراء والاجتهاد في تحسين

اغذيتهم ووضعهم فى مساكن متسعة مجددة الهواء غير مشحونة باشخاص متراكمة فوق بعضها بعضها بعيدة من الامور البعيدة ولو كان من اتم الامور التى تستدعيها المعالجة الواقية واما عزل المرضى عن السليمين الذى تستدعيه عدوى هذا المرض الواضحة فامر سهل الحصول

وحيث ان الهلاك بالتيفوس النكسى الاعتيادى قليل فلا ينبغى اجراء معالجة قاسية بل الذى ينبغى اجراؤه بالنسبة للتدبير الغذاءى والمعالجة الطبية هو عين ما اوصينا به فى الاحوال الجيدة الاعتيادية من التيفوس البطنى

وكذا عند ارتفاع الحرارة ارتفاعا شديدا بحيث يخشى من شلل القلب ينبغى استعمال الطرق العلاجية المنقصة لدرجة الحرارة كالمكمدات والغسل بالماء البارد وكذا الحمامات المبردة بالطريقة التى ذكرناها فى التيفوس البطنى واما الاجتهاد فى قطع سير هذا المرض بواسطة مقادير صغيرة او عظيمة من الكينين او صبغة الاكلبتوس (المعروف بشجرة الكافور) او الزرنيخ او باعطاء الكينين فى مدة الفترة لاجل عدم تردد النوب فلم يجد نفعا تاما كما ان استعمال الديجتالا فى الوبا الذى حصل فى برلين لم يتحصل منه على كبير فائدة ولو انه ينقص سرعة النبض فى اثناء النوبة فيجتهد فى نظافة المرضى بالكلية مع تجديد الهواء واعطائهم من الباطن الحوامض المعدنية المخففة والاغذية السائلة الخفيفة جدا غير أزوتية ابتداء ثم الازوتية (أعنى الشربة المائية ابتداء ثم الامراق) كما سبق وعند اصابة الكليتين مدح اوبرمير استعمال حمض الليمون وبعد انتهاء النوبة يبادر باعطاء المرضى اغذية لطيفة على القاعدة التى ذكرناها فى التيفوس البطنى وعند ازدياد الضعف جدا يعطى بعض الانبذة الجيدة ومن الجيد استعمال المركبات الكينية والحديدية فى اثناء النقاهة وفى الشكل الصفراوى الثقيل من هذا المرض وهو التيفويد الصفراوى قد اوصى المعلم جريسنجر باعطاء مقادير عظيمة من الكينين من ٥ دسيجرام الى جرامين كل يوم (اعنى من نصف جرام الى نصف درهم) وذكر ان معالجة هذا التيفويد ناجحة كنجاحها فى الحميات المتقطعة لكن الاوفق ان تستعمل

فى الابتداء مسهلات لطيفة كالاملاح المسهلة وزيت الخروع وملح الطرطير الذائب ثم بعد تأثيرها يبتدأ باستعمال المعالجة الكينية بالكيفية السابق ذكرها وكذا تعالج عوارض هذا المرض التابعية بالطرق العلاجية التى ذكرناها فى معالجة العوارض التابعية للتيفوس البطنى

﴿المبحث الحادى عشر فى الطاعون﴾

(وهو النوع الرابع من الامراض التيفوسية)

كان يعبر بلفظ الطاعون فى الاعصر السالفة والمتوسطة عن كل مرض وبائى به يهلك عدد عظيم من الاشخاص لكن فيما بعد صار لا يطلق هذا الاسم الا على نوع مخصوص من الامراض التيفوسية يظهر ظهورا وبائيا مهلكا وهو الطاعون الخيرجلى

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لا شك فى ان الطاعون يعد من الامراض التيفوسية فانه من جهة يشابه بالنسبة لاعراضه التيفوس البطنى والتيفويد الصفراوى الذى تعتبره الآن شكلا من التيفوس النكسى ومن جهة أخرى يتميز عنهما بشدة تركز الاصابة فى المجموع الليمفاوى بحيث ان جملة من الغدد الليمفاوية الظاهرة والباطنة يحصل فيها ارتشاح وتغير مرضى واضح فمشابهته للامراض التيفوسية تتضح من الاضطراب العمومى للمجموع العصبى وظواهر الانحطاط والخمود وانتفاخ الطحال وظهور الطفح الوردى كما ان الانواع التيفوسية السابقة قد تشابه هذا المرض عندما تكتسب صفات خبيثة بحيث قد يشاهد فى اثناء سيرها ارتشاح وانتفاخ فى العقد الليمفاوية الاربية والابطية والقطنية بل وجمرات خبيثة واعراض تعممية صديدية ومع ذلك فمن الخطاء اعتبار الطاعون شكلا عفنا شديدا خبيثا من التيفوس فانه ولابد توجد احوال خفيفة منه ذات اعراض واضحة واصفة بدون صفة عفنة بل قد توجد اوبية خفيفة منه ولو كان ذلك نادرا بل وقد توجد كذلك احوال اجهاضية من هذا المرض كما بينا ذلك فى الامراض التيفوسية الا انه له مشابهة أخرى بالجمرات الخبيثة من حيثية ظهور جمرات فيه وشدة عدواه لكن هذا تشابه فقط لا تماثل

ثم ان الطاعون مرض معروف من قديم جدا فان كثيرا من المؤلفين قد شرحه قبل الميلاد حتى ذكر انتشاره الوبائي وكثرة ظهوره في الشام ومصر وهذا ينافي رأى من قال ان الطاعون لم يظهر بمصر الا في القرن الخامس من الميلاد بعد امتناع تصبير الموتى بمصر لكن الاكثر معلومية من ذلك هو الوباء الذى كاد ان ينتشر في جميع اوربا في القرن السادس من الميلاد ومن ابتداء هذا التاريخ الى انتهاء العصر المتوسط ترددت اوبيته جملة مرات في المشرق والمغرب واهمها ما حصل في بلاد الانجليز سنة ١٦٨٨ وما حصل في غربي اوربا سنة ١٧٢٠ وسنة ١٧٤٨ وفي بلاد المسكوف سنة ١٧٧٠ وفي بلاد المجر وشرقي اوربا سنة ١٧٩٧ ومن وقتئذ صارت الاقطار الغربية من بلاد المشرق من اوربا أكثر اصابة بهذا المرض الى سنة ١٨٢٨ وسنة ١٨٢٩ واما القسطنطينية والشام ومصر فظهر فيها اوبية عظيمة بعد هذا التاريخ أيضا وآخر وباء عظيم في مصر كان سنة ١٨٣٥

وحينئذ فقد انطفى هذا الوباء من بلاد المشرق من نحو ٤٥ سنة فانه من منذ سنة ١٨٤١ لم تشاهد منه ادنى حالة في الاستانة ومن منذ ١٨٤٣ لم يشاهد هذا المرض في البلاد الاسيوية من الدولة العلية وكذا لم تشاهد منه ادنى حالة في مصر من منذ ١٨٤٤ وهذا الانقطاع التام المستغرب للطاعون في تلك البلاد وافق حصوله اجراء الوسائط الصحية والكرنتينية فيها بكيفية منتظمة فان ذلك صار اجراؤه في القسطنطينية سنة ١٨٤٠ وفي مصر سنة ١٨٤٣ وصارت تلك الوسائط الصحية متبعة في مصر اجود من غيرها من البلاد المشرقية ولا سيما عزل المقابر عن المدن ولا شك في ان اتباع الاصول الصحية المذكورة له دخل عظيم في انطفاء الطاعون من تلك الديار متى اعترفنا بتولد هذا المرض تولدا ذاتيا بالمعنى المعلوم لنا لكن هذا الامر لم يتم تحقيقه الى الآن فانه لو كان ذلك هو الواقع (أي ان مصر والشام هما الينبوعان الاصليان لهذا المرض) لترتب على ذلك زوال الطاعون من الارض بتمامها الا انه من منذ هذا الزمن الى قرب السنين الاخيرة قد حصلت اوبية قليلة الانتشار في جهات متعددة من كردستان

العجم وشمال افريقة في عربان بني غازي والميزوبوتاميا (اي مابين دجلة والفرات) واخيرا بين حدود المسكوف والمانيا

فان قيل هل اوبية الطاعون في القرون السالفة كانت تظهر في اوربا بنفسها اوتسرى اليها من البلاد المشرقية يقال هذا لم يثبت الحكم فيه الى الآن ويظهر ان الرأى الاول في القرون المتقدمة هو القريب للعقل لكن من منذ مائة سنة قد تيسر في جميع الاحوال التي وجد فيها هذا المرض في البلاد المتوسطة من اوربا انه سرى وانتقل اليها من الخارج

فان قيل ماهو القطر المعتبر ينبوعا لهذا المرض من البلاد المشرقية ومصدرا لتكونه يقال ذلك أمر لم تزل فيه المجادلة في العصر المستجد فمن حيثية مصر فهذا أمر كان متفقا عليه وكذا الشام واما باقي البلاد من الدولة العلية لاسيما جزءوها الاوربي فهل هذا المرض يسرى اليه من الخارج او يتولد فيه ذاتيا ذلك أمر عسر الاثبات وعكس ذلك يقال بالنسبة لبلاد العجم وارمينيا واما اعتبار الاقاليم السفلى من نهر الطونة ينبوعا لهذا المرض فهو امر مشكوك فيه بالكلية فقد ثبت ان الاوبية العظيمة التي انتشرت في بلاد الافلاق والبغدان اتت اليها من الخارج اي من البلاد المشرقية

وان سئل عن الاسباب المنتجة للطاعون في الاعصر السالفة في البلاد المشرقية قلنا ان هذا أمر واضح فان الاسباب التي تعين على ظهور هذا المرض كانت متسلطنة فيها بتمامها وهي الفاقة والحرمان ورداءة المساكن والتغذية والملابس وعدم اتباع الشروط الصحية بالكلية الى قرب العصر المستجد وعدم زراعة الاراضي وتراكم المواد الحيوانية المتعفنة ووجود كثير من الاجام والمستنقعات ورطوبة الارض والهواء مع ارتفاع درجة الحرارة في تلك البلاد وبالنسبة لمصر على الخصوص كان يعتبر فيضان النيل الغير المنتظم وتشبع ارضه بالرطوبة مع تولد بطائح واجام عظيمة ووجود المقابر داخل المدن وعدم الاعتناء بدفن الموتى من أهم الاسباب المنتجة لهذا المرض ومن المعلوم ان انطفاء هذا المرض في الديار المصرية وزواله منها وافق حصوله كما ذكر بالاجراء الاصول الصحية والتمسك

بها وتحسين حالة الزراعة وتعميمها ومنع اسباب القحط وتنظيم فيضان النيل وتبعيد المقابر عن داخل المدن والاعتناء بدفن الموتى والفضل فى ذلك ولا بد للعائلة المحمدية العلوية الخديوية ولاسيما مؤسسها

وحيث ذكرنا الاسباب التى كانت معينة على تولد جرثومة الطاعون تولدا ذاتيا فى البلاد المشرقية وانتشارها فيها نتعرض الآن لمسئلة عدوى هذا المرض اوعدمها فنقول

ان الطاعون مرض معد كما تحقق لنا من انتشاراوبيته فى المشرق والمغرب وهذا الامر المعلوم وان لم يكن فيه ادنى معارضة فى العصر القديم الا استثناآت قليلة قد صار الاعتراض عليه والاجتهاد فى رفضه فى العصر المستجد من بعض الاطباء الفرنساويين لاسيما كلوت بك (اعنى من منذ ٤٠ سنة تقريبا) وذلك انه أوقع الشك فى ذلك من جهة بآراء غير مؤسسة واقله انه فى الاحوال المثبوتة ابهم لفظ التسمم والعدوى وخلطهما ببعضهما وليس القصد هنا التعرض لنفى جميع الاراء القاومة ضد العدوى وانما نذكر اهمها وهو ان كلا من ملامسة المصابين بالطاعون والقرب منهم قد لا يعقبه العدوى فى كثير من الاحوال وهذا الاعتراض وان كان مهما الا انه يذكر فى جميع الامراض المعدية ضد العدواها ونحن نعلم ان معنى قابلية العدوى فى الامراض المعدية لا يترتب عليها ولا بد انتقال المرض من المريض الى السليم فى كل مرة يحصل التلامس بينهما بل ان المراد من ذلك ان هذا جائز الحصول والعدوى تتضح وتثبت فى هذا المرض بلا شك من الادلة الآتية

فمنها اوّلا انه يتضح بالمشاهدة الدقيقة للاوبية المعلومة كما حصل ذلك من بعض الاطباء المدققين ان سريان الطاعون الى قطر مصون عنه من قبل حصل ولا بد بواسطة مرضى أتت الى هذا القطر من الخارج كالطاعون الذى انتشر فى ازمير وشرحه شرود وكالطاعون الذى انتشر فى موسكو سنة ١٧٧١ (بعد مضى مائة وخمسين سنة خالية عنه) وكان سريانه لها بواسطة العساكر كما حققه (سموالوويتس ومرتنس) وكالطاعون الذى انتشر فى مرسيليا سنة ١٧٢٠ (بعد سبعين سنة فترة خالية عنه وكان

السريان اليها بواسطة مركب القبودان شاتو) وفى مالطة سنة ١٨١٣
(بعد ١٣٧ سنة فترة خالية) وكان بواسطة مركب القبودان نقولا
الآتية من الاسكندرية كما ذكره فولكينير وفى جزيرة مورة سنة ١٨٢٧
(بواسطة العساكر المصرية كما ذكره جوسيه) وفى أودساسنة ١٨٣٧
(كما ذكره هينا) وفى مصر سنة ١٨٣٥ ونحو ذلك فقد دل البحث الدقيق
فى جميع الاحوال المذكورة على ان الطاعون حصل بعد قدوم أشخاص الى
هذه الاقاليم من بلاد متسلطن فيها هذا المرض بزمن قليل جدا وان اوّل من
أصيب به الاشخاص التى كانت ملامسة للمرضى المصابة به وكان الانتشار بطء
فكان من شخص الى آخر ومن عائلة الى اخرى الاقرب فالاقرب فمن مضى
هذه الفترات المستطيلة ومن انتشار المرض بالكيفية السابق ذكرها
تثبت ولابد عدوى هذا المرض ولا يمكن انكارها ولو ان الاطباء المضادين
لذلك يقولون بانتشار هذا المرض بالهواء (اى من حالة جوية وبائية باسباب
غير معلومة)

ومنها انه توجد احوال عديدة منفردة حصلت عند بعض الافراد فى
اماكن الكورنتينات فى أوربا بلا شك عقب ملامسة المطعونين الآتين
من بلاد المشرق ومثل هذه الاحوال لم تحصل مطلقا الاعقب اتيان مطعون
من تلك البلاد وحصولها كان على الدوام فى محل الملامسة لاخلافه اعنى
فى المحال التى أتت اليها مراكب آتية من بلاد منتشر فيها هذا المرض ومثل
هذه الاحوال المثبتة لسريان الطاعون بواسطة المرضى قد حصل فى
كرنتينات اوربا ثلاث وثلاثون مرة من سنة ١٨٢١ الى سنة ١٨٣٠
(كما ذكره سيجوردى برون)

ومنها انه بعزل المطعونين عن الاصحاء لايسرى هذا المرض مطلقا كما دلت
على ذلك التجارب التى فعلت فى كرنتينات أوربا بخلاف استمرار الملامسة
بين المرضى والاصحاء فقد ترتب عليها انتشار المرض وعزل الاصحاء التام
عن المرضى وان لم يترتب عليه دائما وقاية تامة فى الاوبيئة التى تسلطنت
فى بلاد المشرق الآن هناك أمور اعديدة تثبت ان العزل التام لجملة من
الاشخاص فى مكان واحد فى اثناء تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا حوله

قد ترتب عليه عدم سريان هذا المرض اليوم كبيت اللقطة سنة ١٧٧٠ فى موسكو وكمدرسة الخيالة فى الجيزة بمصر ومدرسة المهندسخانة فى بولاق سنة ١٨٣٥ ونحو ذلك واما اصابة بعض الاشخاص فى مثل هذه المحافل المنعزلة فيوجه اما بعدم استيفاء شروط العزل أو بانضمام الهواء بالاصل المعدى لهذا المرض عند تسلطنه

ومنها اثبات الامر المعلوم الذى لم يوجد فى غيره هذا المرض من الامراض التيفوسية وهو نجاح التلقيح بمادته فى بعض الاحوال فانه تيسر للطبيب الانجليزى وبث سنة ١٨٠٢ احداث الطاعون فى ظرف ثلاثة ايام اوأربع عقب الدلك بالمادة الصديدية للخيرجلات الطاعونية فى القسم الاوربى لشخص سليم فانه حصل بعد ذلك جمرات فى المحال المدلوك فيها وفى البيدالدالكة وحصل الموت بعد سبعة او ثمانية أيام وكذا التجارب التى فعلت بمصر سنة ١٨٣٥ على بعض الاشخاص المحكوم عليهم بالقتل (الذين لقحوا لهم بدم المصابين حديثا بالطاعون وظهر عندهم هذا المرض فى حالتين بعد ثلاثة أيام لكنه حصل لهم الشفا) فالذى اتضح حينئذ ان العدوى فى الطاعون كغيره من الامراض التيفوسية اوالامراض الحادة المعدية الاخرى تكون تارة شديدة وتارة خفيفة اولا تحصل بالكلية وكون الملامسة اللاواسطية للمرضى ليست ضرورية فى العدوى أمر محقق كما هو معتقد عموما فى البلاد المشرقية وكماذكره (هلدنبرند) وكانت تعتقده الاطباء فى عصره مان الاصل المعدى ينتقل كذلك بواسطة الهواء من بعد قليل ولابدان نوع هذه العدوى هو الاكثر حصولا طبقا للحقائق المعلومة الآن ويظهر ان سريان هذا المرض من بعد قليل يساعد عليه حصول كل من احتباس الهواء والقاذورات وتراكم عدد عظيم من المرضى والرطوبة دون بعض الاحوال المنفردة من هذا المرض فى محال مطلقة الهواء متجددته فانها تكون قليلة العدوى جدا فيظهر انه بالامور الغير الصحية السالف ذكرها يتكون نوع جوى طاعونى

ومنها ان بعض المواد التى تستعملها المرضى كالفرشات والملابس وغيرها يمكن انها تحمل بالاصل المعدى للطاعون فينتقل بها الى محال مصونة

عنه كما دلت على ذلك مشاهدات سيجردى بيرون فى مينات البحر المتوسط واعترفت بها جمعية الاطباء فى دار الفنون بفرنسا سنة ١٨٤٦ واما انتقال هذا المرض الى أوربا بواسطة البضائع كالقطن ونحوه فلم يتأت ثبوته بأى حالة الى وقتنا هذا ولذا قد رفض بواسطة الابحاث الجديدة على الطاعون وانتشاره تقسيم البضائع الى قسمين احدهما يمكن به انتقال هذا المرض والآخر غير ممكن

ومن المستغرب مع الادلة السابقة نفى عدوى الطاعون وسريانه من قطر الى آخر أو من مريض الى سليم ارتكانا على ان الملامسة لم ينتج عنها العدوى فى جميع الاحوال فان هذا امر كما تقدم لم ينفرد به الطاعون بمعنى ان العدوى فى الامراض التسممية قد تكون محضة اى من المريض الى السليم أو ميازماتيه سيما وان ذلك أمر مثبوت طبا وسياسية الاترى رجوع سيدنا عمر رضى الله عنه بجيشه عند وصوله الشام لفهمها التسلط الطاعون فيها خوفا على جيشه من الاصابة ولما سئل فى ذلك قال نفر من قضائه الى قضائه وكان ذلك منه اتباعاً ولما ورد فى هذا المرض من انه اذا تسلط فى بلدة فلا يسوغ الدخول فيها ولا الخروج منها

ثم ان معرفة مدة دور تفريخ الطاعون مهمة جدا بالنسبة للتمسك بالوسائط الصحية الكرنتينية زيادة عن غيره من الامراض الوبائية فان مدة الكرنتينة تحدد ولا بد بالنسبة لذلك اى للزمن الذى فيه يخشى ظهور الطاعون عند شخص تعرض للاصابة به ولم يظهر فيه اعراض هذا المرض وفى كثير من الاحوال لا يستمر زمن التفريخ زيادة عن يومين الى خمسة وأطول زمن لدور التفريخ فى هذا المرض قد اختلف فيه الاطباء ومع ذلك يظهر ان الطاعون فى معظم الاحوال يكاد لا يتأخر ظهوره بعد الاصابة تبعا للمشاهدات الكرنتينية المهمة زيادة عن سبعة ايام مطلقا واما دور التفريخ المستطيل جدا أعنى الذى يمتد خمسة عشر يوما كما قال به بعضهم فيظهر انه نادر جدا واستثنائى وذلك كالاحوال النادرة من التلقيح بالجدرى البقرى التى لا تظهر البثرات فيها الا فى اليوم العاشر مثلا

ومن الامور الخاصة بالطاعون دون غيره من الامراض التيفوسية حصول

العدوى الموضعية فى الجلد بواسطة ملامسة المرضى او بعض موادها بحيث يظهر فى محل حصول الملامسة جمرة بدون خيرجل فى العقد الينفاوية المجاورة وهذا النوع من العدوى الحاصل بتأثير السم الطاعونى مباشرة وانتشار هذا المرض بهذه الكيفية قد شرحه على الخصوص (جوسى) فى الوباء الذى شاهده فى بلاد اليونان زمنا طويلا بل وان عدة مشاهدات اخرى كاصابة خدمة المرضى الحفاة بجمرات فى ارجلهم والاطفال فى نحو عنقهم دون الاوربتين وعدم اصابة حمالى الزيوت والشحوم بالجمرات الطاعونية تقرب للعقل ان السم الطاعونى يؤثر على الجلد مباشرة فيحدث فيه تغيرا غنغرينيا عفنا ويمتد هذا التأثير الالتهابى العفن الى العقد الينفاوية المجاورة ومن هذه الحيثية يشابه الطاعون الجمرة الخبيثة فانه يحدث فى محل تأثيره غنغرينة موضعية من جهة ومن جهة اخرى ان حصل التسمم من الباطن عقب تعاطى لحوم الحيوانات المريضة يعقب ذلك جمرات فى الجلد الظاهر فى محال مختلطة ومع ذلك فمثل هذه الاحوال الناشئة عن العدوى الموضعية فى الطاعون تعتبر استثنائية نادرة الى وقتنا هذا وان العدوى فى معظم الاحوال يعقبها مرض عمومى تسممى ومن المستغرب ان نوع العدوى الموضعية التى هى كثيرة الحصول بمصر كانت تبعا لجوسى وسماه بطاعون الفقراء لم يذكرها احد من الاطباء الذين شرحوا الطاعون بمصر ثم ان طبيعة السم الطاعونى غير معلومة لنا بالكلية وانما يظهر ان له بعض مشابهة بسم الرمة بالنسبة لتأثيره وكيفية تكونه فانه بتأثير سم الرمة عقب الجروح يحصل بسرعة التهاب غنغرينى موضعى وقد لا يحصل هذا الالتهاب الموضعى لكن عنما قليل من الايام يحصل ولابد التهاب شديد فى العقد الينفاوية المجاورة مصحوب باعراض عامة ثقيلة ويظهر ان التصاعدات العفنة لها بعض تأثير عمومى ينتج عنه حالة مشابهة بالكلية للطاعون بل وقد شوهد بمصر طاعون حقيقى سنة ١٨٨٣ بقرب المقابر المذثورة التى صار حفرها من جديد بعد تركها زمنا طويلا ومما يجب التنبيه عليه ان دفن الموتى فى الاقليم البحرى من القطر المصرى لم يكن يعتنى به الى أن صار فى العصر الجديد اتباع الاصول الصحية والتمسك بها بكيفية عامة

فان

فان الموتى لم تكن تدفن جيدا بهذا الاقليم بل كانت توضع اسفل الارض بقليل وتغطى بجزء من التراب بحيث انها كانت تكاد تتعفن فى الهواء وقد زال هذا الامر الفظيع من الاقطار المصرية بالكلية بادخال أصول صحية جديدة والتمسك بها ومن ذلك الوقت لم يظهر الطاعون ولم يتيسر اثبات ذلك بالحقيقة وان هذا هو الذى ترتب عليه زوال الطاعون واقل من ذلك اعتبار هذا المرض التيفوسى النوعى مجرد تسمم عفنى لكن من جميع ماذكر يتضح ان الاصل المعدى فى الطاعون يشابه بالنسبة لطبيعته سم الرمة وان الاسباب المعينة على تكونه وانتشاره توجد ولابد تعفنا فى الرمم

ثم ان الطاعون كان يظهر فى البلاد التى كان فيها وطنيا على شكل أوبية صغيرة اوعظيمة اومهلكة للغاية فيظهر ان هنالك بعض سنين كانت توجد فيها الاسباب المعينة على تكوّن أصل هذا المرض بقوّة عظيمة دون غيرها كالسنين التى يزداد فيها فيضان النيل مثلا وكثرة الرطوبة والتعفنات الحيوانية ونحو ذلك وماعدا تلك الاوبية التى كان يعتبر منشأوها مياذ...ا توجد ولابد أوبية فى بلاد المشرق وخارجة عنه فيما كان ولابد منشأ هذا المرض سريانه بواسطة حالة مرضية أتت اليه من الخارج وامتدشيأ فشيأ وذلك لانه لم يوقف سريانه وانتشاره بوسائط صحية كرنتينة قوية وفى مثل هذه الاحوال تكون الاصابة المرضية ابتداء قاصرة على محل الاصابة الاوّلية ومكثت ثلاثة أسابيع اوأربعة الى ان ينتشر الاصل المعدى الى جهات بعيدة ولابد يظهر فيها وحينئذ متى ظهر امات جملة آلاف وفى بعض الاحوال يسرى السم الطاعونى بالهواء الى جهات بعيدة ويحدث تأثيرا وبائيا وعموميا به تضطرب الصحة العامة لكثير من الاشخاص ولو الذين يبقون سليمين فالاوبية الناشئة عن العدوى تصيب حينئذ الجهات الجيدة الصحة وتهلك عددا عظيما من سكانها وتترك الجهات الغير الجيدة الصحة بالكلية ولذا يمكن ان يتسلطن الطاعون فى جهة بشدة وفى محل قريب قد لا يوجد ادنى حالة منه ومثل هذه الاوبية يمكن على الدوام تبعا للحقائق المعلومة منع سيره واطفاؤه بواسطة الوسائط الكرنتينية القوية وبذلك ينفى بالكلية القول بان أوبية الطاعون تسرى الى اى جهة بدون مانع

بواسطة الهواء لكن كون الشروط الغير الصحية كالقاذورات والتعفنات والرطوبة والحرمان تساعد فى انتشار هذه الاوبية المعدية ابتداء أمر تشترك فيه جميع الامراض الوبائية المعدية كما دلت التجارب على ذلك

وسير اوبية الطاعون تختلف جدا فانها قد تستمر بعض اسابيع او اشهر وقد تستمر بعض سنين بدون ادنى انقطاع ويشاهد فى أغلب الاوبية لافى جميعها ان الاصابات المرضية تكون فى الابتداء شديدة جدا ثم تتلطف شدتها فى اثناء سير الوباء وتكون خفيفة جدا انتهاء المرض وفى أوبية أخرى يكون الهلاك بنسبة عدد الاصابات من ابتداء الوباء الى انتهائه وانحطاط الاوبية العظمة فى الانتشار يحصل بسرعة عادة الا انه يحصل فى جملة محال أحوال منفردة زمنا فزمنا مدة طويلة جدا والقول بان الامراض الاخر تزول فى اثنا تسلطن الطاعون غير حقيقى أو فيه مبالغة عظيمة

ثم ان اوبية الطاعون تتعلق فى بعض المحال بتأثير الفصل وحرارة الجو بكيفية واضحة ففى الاقطار المشرقية المعتدلة الباردة كالشام والقسطنطينية واليونان وكذا أوربا فى الاعصر السالفة كانت تظهر أوبية هذا الداء بشدة واحدة سواء كان فى وسط الصيف الحار أو وسط الشتاء البارد الجليدى وانما كانت تظهر بالاقل فى الفصول الباردة بخفة ونوع تلطف

ويظهر ان الحرارة الرطبة كانت تعين على ظهورها فكانت فى بلاد الدولة العلية تظهر بالاكثر فى فصل الربيع او ابتداء الصيف وبالنسبة لمصر هناك أمر معلوم مهم المعرفة وهو ان الطاعون كانت اوبيته تنطفى فى الاقاليم البحرية والوسطى من مصر لاسيما القاهرة فى شدة الصيف على الدوام أعنى فى وسط شهر يونية اى نحو انتهاء الصيف الجاف ولم يكن يظهر بعد ذلك الا أحوال متفرقة بندرة حتى وان كان وباء هذا المرض وصل الى أقوى درجته فى الانتشار كان يزول فى هذا الزمن ولو كانت المقابر ممتلئة بالموتى وكانت تباع بالاسواق امتعتهم وملابسهم بدون احتراس ولم يشاهد مطلقا ان الوباء الطاعونى فى أقليمنا ابتدا فى اثناء شدة حرارة الصيف وهذا الامر

لايمكن

لايمكن توجيهه ولابد الابتأثير الحرارة الجافة من هذا الفصل التي بها يتبدد السم الطاعوني ويفسد والذي يطابق بالكلية لهذا القول هو عدم مشاهدة هذا المرض في البلاد الحارة جدا وان الاقاليم الحارة الجافة من صعيد مصر لم تشاهد فيها اوبية عظيمة من هذا المرض البتة بل انها بقيت مصونة عن الاصابة مدة اشتداد الوباء بالاقاليم البحرية من قطرنا هذا وان هذا المرض لم يحصل بالكلية في الاقاليم السفلى من بلاد النوبة بحيث لم ير انتشاره مطلقا ولا وصوله أعلى من وادي حلفة فالطاعون حينئذ هو كما في اشكال الامراض التيفوسية خاص بالاقاليم المعتدلة لا الحارة بل ويظهر ان السم الطاعوني لا يتحمل الحرارة الشديدة مثل سمها ويظهر ان بعضهم تطبيقا لذلك استعمل هذا الاجل افساد السم الطاعوني بالصناعة

ثم انه وان تيسر لنا اعطاء بعض ايضاحات أكيدة بالنسبة لانتشار الطاعون انتشارا وبائيا الا ان ظهور الاحوال الافرادية ومنشأها منبهم علينا والقول المعول عليه في ذلك والجاري التمسك به بالنسبة للقواعد الكرنتينية في أوربا هو ان الطاعون كان لم يزل يوجد على الدوام في المشرق ولاسيما في مصر على حالة افرادية بل وبعض المتأخرين من الاطباء الذين اشتغلوا بهذا المرض وكتبوا عليه بعض رسائل من منذ أربعين سنة لاسيما جيطاني بيك عضد هذا الرأي وقال ان الاحوال الافرادية من الطاعون توجد بكثرة في الاقاليم البحرية من هذا القطر وأما الطبيب بولارد فهو أول من قال ان مثل هذه الاحوال نادرة جدا وان وجدت تكون خفيفة للغاية وعلى كل حال فلا يعلم وجودها مع التأكيد وهذا القول الاخير هو الذي تأيد بالتجارب والمشاهدات العديدة في الثلاثين سنة الاخيرة فانه قد يسمع احيانا بوجود بعض احوال لاسيما من بعض الاطبا الغير المتمكنين في فن التشخيص لكن ان اريد مشاهدة ذلك ولا يتيسر غالبا وان تيسر كما وقع لنا (بعد قول احد الاطبا الذين كتبوا على الطاعون بكثرة) تحقق ان المريض مصاب اما بخيرجل زهري أو نحوه ولم يتيسر للمعلم جريجر الذي اتبعنا سيره في هذا المرض ولا للاطبا الاجنبيين المباشرين للاحوال الصحية بمصر من منذ سنة ١٨٤٣ ولا لنا من منذ تعاطي الصناعة الطبية بمصر مع مباشرة

الاكلينك الباطني باسبتالية العموم بمصر من سنة ١٨٥٦ الى وقتنا هذا
مشاهدة أدنى حالة وانما الذى شاهدته بندرة فى بعض العائلات الفقراء
احوال تيفوسية نكسية خبيثة على شكل التيفويد الصفراوى مصحوبة
بانتفاخ فى بعض العقد اللنفاوية الابطية تارة والاربية تارة أخرى ومن
تحقق انها احوال تيفوسية خبيثة توهمت انه من الجائز ان بعض الاطباء
الغير المتمرنين فى التشخيص ربما يعتقد انها احوال طاعونية فعلى
رأينا ليس للاحوال الافرادية من هذا المرض ادنى وجود بمصر وفى العصر
السالف من الجائز ان بعض الاحوال المتفرقة التابعة للاوبئة هى التى
كانت تعتبر من بعض الاطباء احوالا افرادية أى ذاتية من هذا المرض
وعلى كل حال فقد ثبت بالتجارب العديدة والمشاهدات الاكيدة المستنبطة
من منذ نحو ٤٠ سنة ان الطاعون ليس مرضا وطنيا أى مستمرا فى بلاد
المشرق وعلى الخصوص فى مصر بل الذى ظهر انه لم يوجد فيها الاعلى الحالة
الوبائية وان هذا المرض انطفى منها من نحو خمس واربعين سنة بالكلية
وعلى هذا الاساس قد صار الآن التمسك بالاصول الصحية الكورنتينية
المستجدة فى اوروبا بالنسبة للبلاد المشرقية

وكذا الاحوال الشخصية وتأثيرها بالنسبة لظهور هذا المرض فليس
عندنا ما نذكره مع بعض تأكيد فانه يظهر ان كلا من النوعين على حد سوى
فى الاستعداد وان زمن الحمل والنفاس لا يقى من هذا المرض ويظهر ان
الاصابة به من بعد سن الخمسين نادرة والاطفال تصاب فى كل سن وقد ذكر
روسل وامبروش ان بعض الاجنة المولودين من امهات مصابة بالطاعون
وجد عندها بجرات وخيرجلات وعند تسلطن هذا المرض بمصر كانت
تكثر اصابة السودانيين والبرابرة وأما الاوروباويون فكانت اصابتهم
تارة اكثر من الوطنيين وتارة اقل وعلى كل حال فاصابتهم كانت شديدة
دائما ويظهر ان بعض الصنائع يقى من هذا المرض كما ذكره كثير من الاطباء
كالسقايين والغسالين والزياتين وحمالى الزيوت والشحوم والاصابة
بهذا المرض جملة مرار عند شخص شوهدت احيانا لكن بندرة
وان حصلت كانت الاصابة الثانية ضعيفة جدا

وأما الاسباب الاعتيادية المهيئة الاخرى كالتعب الشديد وتأثير البرد والمؤثرات المضعفة فيظهر انها تزيد فى الاستعداد للاصابة به

(الصفات التشريحية)

الصفات التشريحية التى فعلت فى الطاعون وان لم تكن عديدة جدا ولا كافية من جميع الوجوه يستنتج منها التغيرات المرضية الواصفة لهذا المرض فجثة الهالكين بالطاعون لا يظهر فيها نحافة وهيئة الجثة غير متغيرة جدا والتيبس الرمى قليل ويوجد على الجلد غشاوات او جرات والتعفن الرمى يطرأ بسرعة عند الهالكين بالشكل السريع السير لهذا المرض

وكل من الدماغ والنخاع لا يظهر فيهما تغيرات واضحة ويوجد على الام الحنونة بقع اكيموزية قليلة صغيرة واما التغيرات التى قال بعضهم بانها توجد فى العظيم السمباتوى فتكون اما عبارة عن ظواهر تشرب رمى او بقع اكموزية تحصل فيه كما فى غير هذا الجزء من المجموع العصبى

وكذا البلورا فانه يظهر فيها بعض بقع اكيموزية وعند وجود خبر جلات ابطية عظيمة مصحوبة بانسكاب دموى فى الاجزاء المحيطة بها يمتد هذا الانسكاب الى البلورا الضلعية للجهة المسامتة وأما الرئتان فيقال من النادر ان يظهر فيهما تغيرات وانما يوجد احيانا تغيرات التهابية شعبية والمشرحون المتقدمون وصفوا بعض احوال يستدل منها على وجود التهابات رئوية تارة وتارة غنغرينة رئوية وكذا البروش وجد تغيرات الالتهاب الرئوى

والتامور كثيرا ما توجد فيه بقع اكيموزية وتجاويف القلب سيما اليمنى تكون ممتلئة بالدم وجوهره العضلى يكون رخوا باهتا والدم فيه يكون قليل الانعقاد لزجا مائعا محتويا على كثير من المواد الليفية الرخوة المنعقدة وكذا اوردة الصدر والبطن تكون ممتدة جدا بالدم

ويوجد فى الثرب والبريتون بقع اكيموزية وكذا على سطح الكبد ويقال ان الكبد يكون دائما قليل الانتفاخ غير محتو على كثير من الدم والصفراء كثيرة وكثيفة مسمرة والحويصلة المرارية جدرها سامر تشحم

ارتشاحا اوذيماويا والطحال يكون دائما متزايد الحجم منتفخا بحيث يصل الى ثلاث مرات او اربعة من حجمه ويكون لينا ومحتويا على كثير من الدم وذا لون داكن ومن النادر جدا ان يوجد هذا العضو غير متغير

والغشاء المخاطي المعدي يوجد فيه بقع دموية نمشية او تمزقات وعائية شعرية وكذا يوجد احتقان وعائي اعلى ثنياته مع ازديادفي الافراز المخاطي والمعي بتمامها قد يظهر فيها احتقان وتحتوي غالبا على مواد ملونة بالصفراء ويوجد غالبا بقع كدمية في الغشاء المخاطي وكذلك تغيرات التهابية نزلية مع انتفاخ في الغدد المتفرقة ولا يوجد مطلقا ارتشاح ولا تقرح في الغدد المجتمعة لبيير والغدد المساريقية تكون محتقنة احتقانا عظيما بحيث تظهر ذات لون احمر داكن اوكدمية لكنها لا تكون في حالة ارتشاح حقيقي والمنسوج الخلوي المحيط بالكليتين يكون محلا لانسكاب دموي عظيم والكليتان تكونان منتفختين غالبا ذاتي لون بنفسجي داكن وعلى سطحهما الظاهر وفي الغشاء المخاطي للحويض بقع اكيموزية ويوجد في باطنه غالبا تعقدات دموية تمتد الى الحالبين ويقال ان الحالبين كثيرا ما يكونان منضغطين ومنسدين بواسطة العقد الليمفاوية المنتفخة للحوض والبول المحتوية عليه المثانة يكون غالبا مدمما وغشاؤها المخاطي اكيموزيا

واما التغيرات المهمة فتوجد في المجموع الليمفاوي نفسه فان جميع الخيرجلات الظاهرة تكون ناتجة عن انتفاخ العقد الليمفاوية نفسها بل وما كان منها اسفل زاوية الفك السفلى فهي عقد ليمفاوية بدون اشتراك الغدة النكفية معها فان التهاب الغدة المذكورة نادر

وفي الخيرجلات الاوربية تكون العقد المصابة اما الكائنة امام الاوعية الفخذية او الغائرة خلفها والغالب ان تصاب العقد الليمفاوية المالئة للمسافة المثلثة الكائنة بين العضلة الخياطية والمقربة المستطيلة للفخذ ويقال ان المنسوج الخلوي المحيط بالعقد المريضة يكون تارة مرتشحا ارتشاحا اوذيماويا واحيانا يابسا وملتصقا بالعقد المريضة نفسها وكثيرا ما يكون محلا الانسكاب دموي اكثر غزارة كلما عظم انتفاخ الغدد وعند ما توجد خيرجلات عظيمة ظاهرة تكون الغدد الليمفاوية عظيمة الانتفاخ

جدا

جدا بحيث ان حجم الورم يكون كبيضة الاوز بل اكبر وقد يبلغ حجمه بعض ارطال وان لم تظهر خيرجلات توجد ولابد العقد الينفاوية فى محلها الاعتيادى متزايدة فى الحجم محتقنة احتقانا عظيما فيكون لونها احمر داكنا وفى الاورام العظيمة يكون جوهر الغدد اما محمرا باستواء بنفسجيا او مبقعا مرمريا او قوامه مخاطيا او شحميا وقد يكون جوهرها لينا عجينيا ومن النادر ان يوجد فى الحجم ان قيحية وان كانت العقد العنقية هى المصابة بهذه الكيفية فانها تمتد الى اسفل نحو الحجاب المنصف او الابط محاطة بانسكاب دموى وحينئذ تستطرق الخيرجلات الابطية بالغدد الشعبية والعنقية المصابة ومثلها العقد الفخذية والاربية تمتد نحو البطن من القناة الفخذية لكن ليس على الدوام وحينئذ يظهر فى الغدد الفخذية والاربية عين هذا الارتشاح وفى كثير من الاحوال تمتد هذه العقد المنتفخة الى اعلى نحو الحجاب الحاجز وقد يوجد فيها ايضا خراجات صغيرة وقد وجد بعضهم تمددا فى الاوعية الليمفاوية بقرب الغدد المريضة

ثم ان اصابة العقد الليمفاوية توجد غالبا ولو فى الاحوال التى حصل الهلاك فيها بعد اليوم الثانى او الثالث ولو لم تظهر الخيرجلات مدة الحياة فانه ولابد ان توجد بعض غدد منتفخة فى محلها او فى بعض التجاويف بل يظهر ان هناك بعض احوال شوهد فيها انتفاخ قليل فى جميع الغدد الليمفاوية لكن فى معظم الاحوال تكون اصابة العقد الليمفاوية قاصرة على بعض المحال كما ذكر

﴿الاعراض والسير﴾

الاعراض الابتدائية للطاعون تختلف فى ابتدائه جدا ولذا يعسر معرفته فى ابتداء ظهوره واما اعراض الاحوال الواضحة النامية الظهور لهذا المرض كالتى توجد فى اثناء تسلطن وباء قوى فالمرض حينئذ يظهر على شكل مرض حمى حاد مصحوب بحالة تيفوسية واضحة ويظهر فى اثناء سيره خيرجلات وجمرات

ومن النادر ان يسبق هذا المرض بظواهر ابتدائية كفقد الشهية والآلام الظهرية والتكسر والهبوط ونحو ذلك والعادة ان يطرأ بسرعة فيبتدى

بدو رهبوط اوبانحطاط كثير الوضوح اوقليله و يظهر تأثير السم الطاعونى من الابتداء فالمرضى تقع فى حالة هبوط زائد ويحصل عندهم آلام شديدة فى الرأس وتحس بثقل ودوار يشابه مايحصل من تأثير استنشاق ابخرة الفحم القوية فيكل من بهاتة الوجه وامتقاعه وهيئة الاعين الغائرة الكابية وشخوص البصر وعسر التكلم مع اللجلجة واهتزاز المشى وضعف الحواس والقوى العقلية يكسب المريض هيئة السكر الشديد عند هجوم هذا المرض بشدة ثم يحصل بسرعة غثيان بل وقىء ويحصل للمريض قشعريرة خفيفة مصحوبة باحساس بحرارة باطنية واحيانا تكون هذه القشعريرة شديدة ويكون النبض اذذاك غير سريع رخوا ويكون صغيرا غير منتظم وكثيرا مايشاهد اذذاك احتقان فى زاوية العين الانسية وتمدد فى الحدقة وتغير عظيم فى سحنة المريض وقد يكون مجموع تلك الظواهر قليل الوضوح ولا يستمر الا بعض ساعات ولكن الغالب ان هذه الظواهر تكون كثيرة الوضوح وتستمر من يوم الى ثلاثة

والحمى المرتفعة الدرجة هى التى تعلن بامتداد هذا المرض فالمرضى تكون فى حالة قلق والجلد يكون حارا محرقا والوجه قليل الانتفاخ والاعين محتقنة لامعة لكنها تكون شاخصة والحدقتان متمددتين والدمع متناقصا والشفتان واللسان مغطاة بطبقة مبيضة قليلة الانتفاخ جافة ويوجد عند المرضى احساس بحرارة مؤلمة فى قسم المعدة والبطن السفلى لا تنطفى بشرب الماء البارد مع الشراهة وتكون المرضى فى حالة ضعف وخدر بحيث انها ولو مع وجود ادراكها لا تجاوب عما سئلت عنه وبعضهم يشير على الرأس وقسم المعدة لشدة آلامهما ويكون فى حالة تعب شديد والم الرأس الشديد ينتقل الى حالة الخدر والهذيان وفى الاحوال الثقيلة يوجد نحو اليوم الثالث من المرض حالة تيفوسية واضحة مع هبوط تام وفى هذا الزمن ترتقى الحرارة الى أشد الدرجات ويسرع النبض حتى يصل الى نحو ١٢٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة ويسرع التنفس ايضا وينتفخ المراقان وهل معنى ذلك انتفاخ الكبد والطحال او الحالة الطبلية للبطن ويستمر القىء بشدة عظيمة و يقل البول او يصير معدما او ينقطع بالكلية وكثيرا ما تظهر حالة نزلية

شعبية اورعاف وفى اليوم الثانى من المرض الى الرابع يظهر مع الآلام خيرجيل فى القسم الاربى اوفى الحفرة تحت الابط والعنق وزاوية الفك السفلى وقد توجد جملة خيرجلات اولا يوجد منها الا واحد وقد تكون صغيرة وتارة عظيمة واما الجمرات فنادرة الظهور والغالب انها تظهر بعد الخيرجلات لكن قد تظهر بدونها واكثر ظهورها فى الاطراف والعنق والظهر ومع تكون هذه الاصابات الموضعية وامتدادها قد يحصل عندما يكون سير هذا المرض جيد انحطاط فى الحالة الحمية فيحصل عند المريض راحة وتصير هيئة سحنته طبيعية واللسان رطبا ويتناقص كل من احتقان الاعين وتمدد الحدقة وحينئذ تقف الخيرجلات عن سيرها فتتقيح اوتتحلل وتتحدد الجمرات وينفصل المتغنغر منها ويتقدم التحسين فى الاحوال الجيدة جدا ويحصل تزايد فى افراز العرق والبول بحيث ان النقاهة تبتدى فى اليوم السادس اوالثامن

واحيانا لا يحصل هذا الانحطاط فى اثناء ظهور الاصابات الموضعية بل ان الحالة التيفوسية المصحوبة بالهذيان والاسهال تمتد الى اليوم التاسع أوالعاشر من المرض (وهذا يطابق الدور الثانى فى غير هذا المرض من الامراض التيفوسية) واحيانا قد يظهر بعد دور الانحطاط دور ثان آخر مصحوب بادوار حمية غير منتظمة والتهاب فى التكفة وطفح دخنى (ولربما كان هذا نتيجة تسمم صديدى)

والموت قد يطرأ فى اثناء سير هذا المرض فى اى وقت فقد يطرأ على شكل انحطاط فجأى عظيم وقد يطرأ عقب ظهور تشنجات سريعة قوية متلوة بكوما واحيانا عقب ظهور علامات الانحطاط والضعف بشدة الحمى واحيانا أخرى عقب ظهور اعراض الفساد والتعفن (كالنمش والانزفة وتغنغر الخيرجلات ونحو ذلك) والنقاهة امان تكون سريعة جدا اوبطيئة وفى احوال كثيرة اخرى قد يعقبها اضطرابات غذائية موضعية ثقيلة كالخراجات المستمرة التقيح البطيئة السير وتقيح بعض العقد الينفاوية الباطنة ونحو ذلك

والتنوعات التى تحصل فى السير الاعتيادى من التيفوس تتعلق امابشدة

المرض او امتداد سيره او بالاختلاف الذي يحصل في تتابع الاضطرابات الموضعية فاغلب المؤلفين الذين شاهدوا الطاعون يذكرون احوال الاذات سيرسريع قتال فيها الاتجاوز حياة المرضى الدور الاول من الانحطاط اعنى التي فيها تظهر علامات الانحطاط الشديدة في الوظائف العصبية بسرعة والتي فيها اترددا قشعريرة وتحيرا المرضى في حالة تنعس وخدر وحالة اغماء اوكوما شديدة ويحصل عندهم قيء زمنا فزمنا وتشنجات خفيفة فتصير الاطراف باردة وتتغير السحنة وتكتسب لونا رصاصيا كهيئة الرمة ويظهر عندهم النمش ويطرأ الموت في ظرف ١٢ ساعة الى ثلاثة ايام بدون ان تتضح اصابات موضعية ظاهرة وبدون ان يكون رد الفعل والحمى واضحين ومع ذلك توجد في الجثة عقد لينفاوية متشحمة منتفخة وهذا مايسمى بالطاعون الصاعق

وكذا قد تشاهد احوال خطرة من هذا المرض تتضح فيها حالة حمية شديدة غير منتظمة يظهر فيها ثوران وانحطاط غير منتظمين والام شراسيفية شديدة وقيء مستمر وانقطاع في الافراز البولي وتبتدأ فيها الخيرجلات لكنها الاتمتد في السير وتظهر فيها جمرات وبثور على الجلد وبقع غشية وحينئذ يزداد انحطاط المريض فيهلك في اليوم الثالث او الرابع

وعكس هذه الاحوال الخبيثة توجد أحوال خفيفة متنوعة من الطاعون ويكثر حصولها عادة نحو انتهاء الاوبئة العظيمة وانما تصطحب احيانا ببعض احوال ثقيلة ففي مثل هذه الاحوال تظهر الاحوال المرضية على درجة متوسطة من الشدة وتستمر من أربعة ايام الى خمسة وفيها تظهر خيرجلات او جمرات تسير سيرا جيدا وتنتهي بالتحلل او التقيح كما توجد أحوال تعتبر كامنة خفية بدون حمى واضحة ويكون سيرها بطيئا وتصطحب بفقد الشهية وتغطية اللسان ودوار الراس وظهور خيرجلات صغيرة او يحل محلها احساس بآلام في القسم الاوربي فقط أو فيه وفي الحفرة تحت الابط بدون ورم مدرك وهذه الاحوال مهما كانت واهية قد ينتهي بعضها بالموت بسرعة

وكذا تعتبر من جملة الاحوال الجيدة الاحوال التي يظهر فيها من الابتداء

جمرات مع خيرجلات اوبدونها وفى مثل هذه الاحوال يظهران التسمم الطاعونى يبقى قاصرا على محل تأثيره الابتدائى ولا يظهر فى مثل هذه الاحوال اضطراب حمى عمومى ولا الاعراض العمومية للطاعون ومع شفاء الاصابة الموضعية تعود الصحة بتمامها وفى احوال أخرى قد يمتد التسمم من الاصابة الموضعية الى جميع الجسم فتظهر حالة تيفوسية مع جميع اعراض الطاعون وتنتهى بالموت غالبا

ومتى اعتبرنا جميع الظواهر المرضية الخاصة بالطاعون وهى الظواهر الحمية والحالة العامة للمرض وصفة الدم والخيرجلات والجمرات الطاعونية اتضح لنا ان التغير المرضى الطاعونى تسمم حاد ويظهر غالبا بصفة مرض عمومى من الابتداء مصيبا للدم ويندر ان يظهر بصفة مرض موضعى وفى الحالة الاولى قد يكون التأثير الابتدائى للسم الطاعونى مهلكا لكن الغالب خلاف ذلك بمعنى انه ينتج عنه مع الظواهر الحمية العامة اصابات موضعية اعنى الارتشاحات الشديدة الالتهابية فى العقد اللينفاوية والجمرات وامتداد الاصابات الموضعية لا يطابق كما فى غير هذا المرض من الامراض التسممية الحادة شدة الاعراض العمومية فهناك احوال ذات سير خفيف جدا وفيها يطرأ الموت فجأة ومع ذلك يوجد فى الصفات التشريحية انتفاخ عظيم فى الغدد اللينفاوية الباطنة والعكس بالعكس (كما يشاهد ذلك فى التيفوس البطنى) بمعنى انه يوجد احوال ثقيلة للغاية مع اصابات خفيفة جدا فى الاجربة المعوية ومتى حصلت هذه الاخيرة فاما ان يتقهقر المرض وتزول شدته شيأ فشيأ او تحصل تغيرات ثانوية كثيرا ما تكون ثقيلة عقب تغيرات تابعية فى الدم وذلك متى اكتسبت الاصابات الموضعية سيرا خبيثا (كما يشاهد ذلك ايضا فى بقية الامراض التيفوسية)

ثم ان المدة المتوسطة للطاعون تكون من ستة ايام الى ثمانية بحيث ان ابتداء النقاهة يكون عادة من اليوم الثامن الى العاشر لكن قد يحصل الموت كما ذكرنا بعد اليوم الاول او الثانى كما ان الحالة التيفوسية الثقيلة التى تعقب الطاعون قد تمتد زيادة عن اربعة اسابيع

واكثر الاحوال التى تنتهى بالموت تحصل من اليوم الثالث الى الخامس فان

عاش المريض زيادة عن اليوم الثامن يتعشم بشفائه وعلى كل حال فخطر الطاعون امر مشهور حتى صار يضرب به المثل وفى الحقيقة هذا المرض من جملة الامراض المهلكة التى فيه يقل عدد الاشخاص التى تشفى منه فيكثر جدا عدد الهالكين به وفى ابتداء الاوبية يكون عدد الهالكين به من ٧٠ الى ٩٠ فى ١٠٠ احيانا والغالب ان يكون عدد الهالكين به ٦٠ فى ١٠٠ ويندر ان يكون اقل من ذلك واما الاوبية الجيدة منه فهى تعد من الاستثناآت وما يصاب من الاطفال يكاد يهلك على الدوام وكذا يهلك اكثر ما يصاب من الشيوخ واما الشبان الاقويا البنية فالهلاك فيهم اقل من السابقين ومن اعتراه هذا المرض اول مرة يكون انذاره جيدا فى الاصابة الثانية ويعتبر من الاعراض الخطرة كل من الخيرجلات العنقية واعراض ضيق النفس العظيم والنمش والهذيان الشديد والبول المدمم او انقطاعه والاسهال الغزير واما العرق الغزير الذاتى والانحطاط الواضح للحمى مع عدم تغير فى السحنة وزوال الخدر فتعد من الظواهر الجيدة والنكسات فى هذا المرض كثيرة وخطرة لكن التغيرات التشريحية الواصفة لها غير معلومة واما الامراض التابعية للطاعون فكثيرة فمنها الاستسقاء وتقيح الغدد الينفاوية المستطيل والشلل الجزئى والصمم والتغيرات العقلية وتقيح الاذنين ونحو ذلك

وتشخيص الطاعون يرتكن فيه الى الحالة العامة وهيئة المريض وسير هذا المرض والى ظهور الخيرجلات والجمرات والصفات التشريحية وفى ابتداء اوبية هذا المرض يكون تشخيصه الاكيد لاسيما فى البلاد التى يكون فيها وطنيا وتمييزه عن الحميات المتقطعة الخبيثة والامراض التيفوسية الخبيثة السيرا الموجودة فى تلك البلاد وعن الجمرات عسر للغاية بل وقد يشتبه احيانا بالتهابات عقدية وخيرجلات زهرية والتهابات نكفية ولا حاجة لذكر التشخيص التمييزى بينه وبين تلك الامراض والذى يرتكن اليه فى ذلك هو اجتماع الاعراض العامة من الابتداء مع حالة الهبوط والخدر الشبيه بالسكر مع الاصابات الموضعية السابق ذكرها فانه وان وجد فى الجمرة الخبيثة مع الاصابة الجمرية الموضعية اعراض عمومية تسممية ثقيلة

لكن

لكن لا يوجد فيها من الابتداء خبر جلات كما دوالكثير الحصول فى الطاعون وعلى كل فينبغى مراعاة الاحوال الظاهرية الوقتية بالدقة عند وجود حالة اشتباه بان كان الطاعون متسلطنا ام لا وان كانت وصلت حالة طاعونية من الخارج الى البلدة الموجود فيها تلك الحالة ام لا فان كان ذلك هو الواقع وجب اعتبار الحالة المذكورة والميل للقول بالاثبات لا النفى

﴿المعالجة﴾

معالجة الطاعون تشتمل خصوصا على وسائط واقية ولذا ان تاريخ الطاعون مفيد للغاية من هذه الحيثية اذ تبين لنا انه باتباع تلك الوسائط والتمسك بها واجرائها مع الهمة والقوة امكن بها قهر اكثر الامراض الخطرة للنوع الانسانى وهذه النتايج العظيمة صار التحصل عليها بامرير والا بقوة وسائط العزل والكرنتينة فان انطفاء الطاعون من اوروبا حصل كما ذكره هرش العالم الشهير فى تاريخ الامراض الوبائية العمومية بكيفية تدريجية مطابقة لتقدم وتتميم الوسائط الكرنتينية التى كانت تضرب على بلاد المشرق وبين اقطار اوروبا وبعضها فانه من الثابت الاكيد ان زوال انتشار الطاعون وانطفاءه من اوروبا لم يحصل الا بانتظام القوانين الكرنتينية

وعين ذلك يقال بالنسبة لبعض البقاع بل والاماكن فان وسائط العزل فيها توجت بالنجاح فى كثير من الاوبئة بحيث يقال ان دخول هذا المرض الوبائى فيها امتنع بالكلية عندما اجريت الوسائط الكورنتينية والصعبة بقوة كما ثبت ذلك من عدة تجارب عند تسلطن الاوبئة الاخيرة بمصر بحيث انه بالعزل الجيد امكن صيانة بعض الاماكن (كمدرسة الجيزة) مهما كانت شدة الطاعون المتسلطنة حولها

والآن لا يمكننا تصور القساوة الكلية التى كان يفعل بها العزل فى الازمنة السابقة فان مخالفات القوانين الكرنتينية التى كانت تضرب فى زمن الطاعون كان جزاؤها التهديد بالموت او الموت بالفعل فهناك يستنتج منها ادلة من بعض المقار يرتدل على انه صار اجراء ذلك ولابد

ومثل هذه القساوة فى اجراء الوسائط الكورنتينية لا تجوز الا فى الازمنة

التي كان فيها الطاعون متسلطنا بكيفية قتالة مخربة للاقطار ولابد ان هذه القساوة في اجراء الوسائط الكرنتينية هي التي ترتب عليها زوال الطاعون على صفة مرض وبائي عموي

ومن الا اثر انه لو استعملت هذه الدقة والقساوة في اجراء الوسائط الكرنتينيه التي كانت تفعل سابقا بالنسبة للطاعون لزوال بعض الامراض الوبائية الاخرى أيضا كالتيفوس الطفحي والحيضة التي كثيرا ما تتسلطن على شكل اوبية ثقيلة من اوروبا وخلافها لزالت أيضا من تلك الاقطار لكن لايجوز اجراء مثل هذه الوسائط الكرنتينية شديدة الا اذا تعدى خطر الوباء المتسلطن حدوده وكان مهلكا للغاية

والامر الثاني الذي ترتب عليه زوال الطاعون يشتمل على تحسين الاحوال الصحية العامة سواء كان في اوربا او في البلاد المشرقية التي كانت تعتبر ينبوعا للطاعون فمصر الآن لم تكن ينبوعا لهذا المرض من منذ ما شرع المرحوم محمد على مؤسس العائلة المحمدية العلوية في تنفيذ الاحوال الصحية بمصر وتحصل على تحسين الشروط الصحية في هذا الاقليم ولاسيما من حيثية عزل المقابر وتبعيدها عن المدن وتحسين الحالة الصحية العامة بمصر ونحو ذلك كما تقدم

ولا بد في المستقبل من الانتفاع بالتجارب التي فعلت في الماضي فانه لو هدد الطاعون بالهجوم ثانيا في اوربا للزم الحال بالتمسك بالاحوال الصحية والكرنتينية التي اثمرت في الاعصر السالفة ولاحاجة لشرح القوانين الكرنتينية والحكم عليها في هذا المحل خوفا من التطويل وانما نذكر ان الامور المهمة التي يترتب عليها اجراء الكرنتينات تستنتج مما ذكر في الاسباب كما لاحاجة للايصاء بالتشديد في اجراء تلك الاصول الصحية والكرنتينية بدلا عن الاهمال فيها وتنقيصها فان معلوماتنا الحقيقية بالنسبة لطبيعة السم الطاعوني وكيفية تكونه والمواد الحاملة له المعدى غير تامة وفي مثل احوال الشك ينبغي اتباع الطريق الاكيد لاغيره وعلى كل حال فالكرنتينة التي كانت تضرب ضد الطاعون بالنسبة للبلاد المشرقية ليست ضرورية في اوربا مثلا الآن وانما ينبغي ارجاعها متى

ظهر

ظهر الطاعون ثانيا فى قطر من الاقطار بينه و بين اوربا معاملات قوية

ثم ان جرثومة الطاعون وان لم تنطفئ الى الآن بالكلية ولم يزل خطر انتشاره فى العصر المستقبل مع ذلك فعندنا الآن عشم اكيد بكون هذا المرض لا ينتشر انتشارا عموميا فى اقطار الدنيا كما كان يحصل فى الاعصر السابقة وان هذا المرض انتهى تسلطنه على صفة وباء عمومى فان التجارب فى عصرنا هذا قد دلت على انه مادام التمسك بالاصول الكرنتينية والصحية حاصلا بقوة وضبط لا يعسر على الدوام حصر هذا المرض فى دائرة مستقلة واطفاؤه بالكلية وتولد الامراض والهلاك بها لا يصير عظيما شديدا الا فى البقاع المهمل فيها اجراء الاصول الصحية العمومية كما كان ذلك فى اوربا فى العصر المتوسط وفى بعض بلاد مصر وفى كثير من بلاد المشرق الآن ففيها لا تكون المرضى تحت مناظرة ومعالجة طبية ومن المعلوم انه بوجود هذه الاصول الصحية العمومية الغير الجيدة قد تكتسب امراض اخرى كالدوسنطاريا والتيفوس الطفحى خبثا عظيما جدا بحيث تذكرنا النتائج المغمة لاوبئة الطاعون وعندنا امثلة عديدة من ذلك وبالنسبة للاقطار المتمدنة يظهر ان خطر الاوبئة القتالة قد زال بالكلية لكن لا ينبغى الارتكان الى ذلك والوقوع فى الاهمال ثانيا

واما وقاية الافراد وصيانتهم عن الاصابة بالطاعون مدة تسلطنه فليس عندنا فى ذلك ادنى معلومية سوى العزل المطلق وقد زعم بعض المؤلفين سيما ميربروك ان شرب الدخان يقى من الاصابة بهذا المرض ولذا ان بعض الاطباء مدة تسلطن هذا المرض كانوا يضعون ورقة اتبغ بينه وبين المريض متى اراد جس نبضه او ملامسته كما ان بعضهم كان يستعمل الحمضة او محولات اخرى واما دلك الجسم ولا سيما الوجه والايدى بالشحم او بالزيت فيظهر ان فيه بعض خاصية واقية والذى يظهر ان فيه بعض فائدة هو النظافة التامة وكثرة الاستحمام بالماء والصابون

واما المواد التى يخشى منها كفروشات المرضى وملابسها فتحرق حرقا جيدا واما الامتعة التجارية التى فيها الاشتباه فينبغى ازالة عفونتها بوضعها فى الشمس وتعريض جزئياتها للهواء او تبخيرها بالكبريت كما كان يفعل

سابقا واجود طريقة فى ازالة عفونة المواد تعريضها لحرارة قوية
وفى معالجة الاحوال المرضية نفسها فالطريقة العلاجية المتبعة لا تكون
الا انتظارية عرضية فطبقا للقواعد العامة حيث ان الهلاك فى الاحوال
الشديدة يحصل غالبا عقب شلل القلب اجود ما يستعمل هى الجواهر
الدوائية المنعشة لا سيما الكؤلية والأيتيرية وعند ارتقاء الحرارة الى
درجة شديدة جدا فالاجود استعمال الجواهر الدوائية المنقصة لدرجة
الحرارة كالكينين والديجتالا اوصفصفات الصودا اوالحمامات الباردة
اوالمبردة ويظهر ان التشلشلات المتكررة يحصل منها نجاح واما الكينين
بمقادير كافية لتنقيص الحرارة فالى الآن لم يستعمل وعين ذلك يقال فى
الديجتالا والصفصفات واما ما يخص الخيرجلات فكان يمدح فى الاعصر
السابقة جدا شقها مع المبادرة عقب ظهورها حالا ولكن فى الاعصر
المتأخرة كانت تعالج بالضمادات ولا تفتح الا بعد تقيحها

﴿المبحث الثانى عشر﴾

(فى الدفتيريا الوبائية وتعرف بالذبحة الحلقية الخبيثة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الذبحة الحلقية الخبيثة تعد من جملة الامراض التسممية التى تنتشر بكيفية
واضحة بواسطة اصل معد واما المنشأ الميازماتى لهذا المرض فمشكوك فيه
وبالاقل فى اقطارنا التى يكاد ينتشر فيها هذا المرض على شكل اوبئة كثيرة
الامتداد اوقليلته وتسرى احيانا من محل الى اخر لكن كثيرا ما يظهر هذا
المرض بكيفية فيها لا يتصور حصول العدوى بحيث لا يكاد يشك فى
حصوله ذاتيا

والاصل المعدى لهذا المرض يوجد فى الاغشية الكاذبة والمنسوجات
المتلاشية المنفصلة من الحلق وفى الهواء المتصاعد من المرضى فان الاطباء
عند مس حلق المرضى المصابة بالدفتيريا وكيه وعند فعل القطع القصبى
الذى يلتجأ اليه احيانا تكون عرضة لخطر عظيم بواسطة الجزئيات المنقذفة
بالنفث المتحصلة من هذا المرض المعدى فانه كثيرا ما هلك اطباء شهيرون
ومألوفون معتبرون عند معالجتهم لمرضى مصابة بهذا الداء والذى يثبت

ان الهواء المتصاعد من المرضى قد يكون حاملا للاصل المعدى ايضا بدون ان يكون مختلطا بمتحصلات مرضية هو الاحوال العديدة من عدوى الاشخاص التي تكون ما كثة في قاعات المرضى وليست قريبة منها والى الآن لم يستدل بالتجارب العديدة ان كان هناك جواهر حاملة للاصل المعدى خلاف ماذكر ام لا وما قوة تحمل هذا الاصل واستمراره وهل يسرى بواسطة اشخاص تبقى مصونة عنه ام لا والاستعداد للاصابة بالدفتيرية الوبائية منتشر للغاية وكون الاطفال تصاب بهذا المرض اكثر من البالغين يظهر انه ليس مبنيا على ان الاول ذو واستعداد عظيم للاصابة بالدفتيرية بل مبنى على ان اسباب العدوى عندهم اكثر وضوحا عن البالغين فان سن الطفولية من ابتداء السنة الاولى للتاسعة اكثر عرضة للاصابة بهذا المرض ومع ذلك فلا يندر اصابة البالغين به لكن الاخيرون يكونون ولا بد اقل قابلية للاصابة بهذا المرض وان اصيبوا به فالغالب أن تكون اصابتهم خفيفة والاصابة بهذا المرض مرة لا تطفئ الاستعداد للاصابة به ثانيا

ثم ان كيفية ظهور الدفتيريا لم تتضح الى الآن بالكلية فبعض المؤلفين ذهب الى ان التغيير الاولى هو تسمم الدم وان اصابة الحلق الموضعية عرضية وبعضهم ذهب الى ان الاصابة الموضعية فى الدفتيريا هى التغير الاولى وقال ان هذا التغير الدفتيرى الموضعى اما ان يبقى قاصرا على محل الاصابة او يصير عموميا وكثير من المؤلفين برهن على وجود تكونات نباتية فطرية وعلى الخصوص ما يسمى بالمكروكوس فى الاغشية الدفتيرية والمنسوجات المريضة بل والدم كما انه اثبت نجاح تلقيح مادة الدفتيريا فى الحيوانات بواسطة التلقيح فى العضلات والقصبة الهوائية والقرنية وذكر ان التولدات البكتيرية النباتية التى تتكون فى المنسوجات الملقح فيها هى الحاملة للاصل المعدى والذى قال بالراى الاول ارتكن الى كون الاعراض العامة تسبق الموضعية فى الحلق وان القرمزية مثلا التى هى مرض تسمى كثيرا ما تصطحب بالدفتيريا والقائل بالراى الثانى ارتكن الى نتايج التلقيح بالسم الدفتيرى الذى يظهر فى محل التلقيح ثم يعقب باعراض تسمم الدم

﴿الصفات التشريحية﴾

يحصل في الدفتيريا ما يحصل في غيرها من الامراض التسممية من ان الاضطرابات الغذائية تكون قاصرة على بعض اعضاء مخصوصة فتكون محدودة على الدوام في الحلق واقل منه الاجزاء العليا من المسالك الهوائية والكلية والطحال والمجموع العصبي الذي يصاب في هذا المرض بكيفية غير واضحة والاضطرابات الغذائية التي تحصل في الاعضاء المذكورة الناشئة عن التسمم بالاصل المعدى الدفتيري لا تكون مطابقة لبعضها فان الذي يحصل في الاعضاء الحلقية هو شكل الالتهاب المعبر عنه بالدفتيري اي الغشائي التقرحي الذي اتخذ منه اسم هذا المرض فيكون كل من السطح الظاهر من الحلق ولاسيما اللوزتين واللهاة مغطى باغشية كاذبة سنجابية مبيضة لا يسهل نزعها من الغشاء المخاطي وهذه الاغشية الكاذبة عند تحللها وفسادها واكتسابها اللون وسخ واستحالتها الى مواد منتنة تنفصل من نفسها ويخلفها فقد جوهر تقرحي والاغشية الكاذبة الدفتيرية او التشكريشات الدفتيرية بالمعنى الحقيقي تنشأ عن تنكرز سطحي في الغشاء المخاطي وهذا التنكرز يتعلق بانضغاط الاوعية المغذية له بواسطة النضح الليفي المتخلل به او بواسطة عناصره المنتفخة الممتلئة بمادة صديدية متعكرة وعند اشتراك الحنجرة والقصبة الهوائية في الاصابة بهذا المرض لا يحصل فيهما شكل الالتهاب الدفتيري بل يكاد يحصل فيهما على الدوام شكل الالتهاب الليفي اي ذي الغشاء الكاذب بمعنى ان سطح الغشاء المخاطي يكون مغطى كثيرا او قليلا باغشية كاذبة ومتماسكة يسهل نزعها من الغشاء المخاطي ولا يخلف انفصالها منه فقد جوهر وهذا الامر اوقع كثيرا من الاطباء في الخطاء باعتبارهم ان الالتهاب الحنجري الليفي اي ذا الغشاء الكاذب الاولى الذي يحصل من تأثير البرد وغيره من المؤثرات المضرة مماثل للالتهاب الحنجري الدفتيري اي الغشائي الناشئ عن التسمم بالاصل المعدى الدفتيري وهذا الاعتبار خطأ فان تقسيم الامراض على حسب التغيرات المرضية التي تحدثها ليس الامر فيه مساعدة للتوضيح فقط ولذا انه في جميع الاحوال التي فيها يمكن اثبات تنوع السبب واختلافه

ولو كانت التغيرات التشريحية والاضطرابات الغذائية مطابقة لبعضها كما هو الواقع فى الالتهاب الليفى الحفرى الذاتى والدفتيرى ينبغى انما تمييزهما من بعضهما فان البشرة الجدرية مثلا تشابه بالنسبة للتغيرات التشريحية البشرة الناتجة عن دلك الجلد بواسطة مرهم الطرطير المقيئ والحويصلة البنفجوسية تشابه الحويصلة الناتجة عن حرق موضعى ومع ذلك فلا يجوز لاحد جعل هاتين الحالتين اللتين تغيراتهما التشريحية واضطراباتهما الغذائية مطابقة لبعضها مرضا واحدا ويشاهد فى الكليتين فى نصف الاحوال تقريبا تغيرات الكلى الناشئة عن الالتهاب الكلوى الجوهرى الذى سبق شرحه والطحال يكون منتفخا غالبا لينا واما التغيرات التشريحية للمراكز العصبية والاعصاب الدائرية الناشئ عنها الشلل الدفتيرى فلم يمكن الى الآن معرفتها وكذا تغيرات الدم فى الدفتيريا مجهولة علينا كما فى غير هذا المرض من الامراض التسممية العامة

﴿الاعراض والسير﴾

يبتدى هذا المرض على الدوام بظواهر مرضية غير قوية وغير خطرة فى الظاهر وفى بعض الاحوال قد يحصل اضطراب قليل فى الحالة العامة قبل هجوم هذا المرض ببعض ايام مع تناقص فى الشهية فتشتكى المرضى بحالة انحطاط وتعب وميل للقشعريرات وبندران يبتدئ بنوبة قشعريرة شديدة ينضم لها غشيان وقىء ثم تبتدئ المرضى بأن تشتكى بصعوبة فى الازدراد ولكن هذا العارض لا يكون قويا ولا واضحا غالبا كما يشاهد ذلك بكثرة فى اثناء سير الذبحة الحلقية النزلية البسيطة وان كان باطن الحلق لم يتغط باغشية كاذبة وكان فقط محمرا ومنتفخا احمرارا وانتفاخا متفاوتين فى الشدة فلا يمكن معرفة هذا المرض ولا الظن بوجوده فى هذا الدور الا اذا كان هذا الداء متسلطنا تسلطنا وبائيا او كان المريض مجاورا لمرضى معتريهم هذا الداء أو اعتراهم من قبل وهناك عارض مخوف يظهر بسرعة وهو الانتفاخ الصلب للعقد الليمفاوية الذى يحصل فى محل تفرع الشريان السباقى فان هذه العقد لها ارتباط لاواسطى الاوعية الليمفاوية من اللهاة والاجزاء الرخوة من الحلق كما نبه على ذلك لوشكا

فلا يندران لا يستيقظ اهل المريض الى هذا المرض الا بعد ظهور انتفاخ العقد المذكورة فان التشكى بعسر الازدراد الخفيف يكون واهيا

والغالب ان يجد الطبيب من أول البحث على الحلق تغطيته بلطخ سنجابية وسخة مبيضة من أغشية كاذبة وذلك لانه يندر مشاهدته لهذا المرض قبل ذلك وحينئذ لا يكون عند الطبيب أدنى شك فى عظم وخطر هذا المرض بل وفى الاحوال التى فيها يكون ابتداء هذا المرض بدون قشعريرة شديدة وفيها تكون الحمى واهية جدا أو مفقودة بالكلية والحالة العامة للمريض ليس فيها أدنى اضطراب بحيث يكاد لا يمكن حجز المرضى فى فراشهم ولو كان تعسر الازدراد قليلا واللطخ الغشائية واهية للغاية وتنفصل بدون تقرح وفساد بحيث يكاد لا يخلفها فقد جوهر لا يكون الطبيب متأكدا من ان سير هذا المرض جيد ولا من عدم حصول العوارض الخطرة التى تطرأ عليه فجأة كما سنبين ذلك فيما سيأتى ولا من عدم حصول ظواهر الشلل فى اثناء النقاهة ووجود البول الزلالى فى كثير من احوال هذا المرض ولو التى تسير بدون حمى يثبت ان التغير الجوهرى الكلى فى الدفتريا ليس ناشئا عن ارتفاع درجة حرارة الجسم ارتفاعا عظيما بل ينشأ عن تسمم الجسم بالسم الدفتيرى بلا واسطة

واما ان كان المرض من ابتدائه شديدا أو ابتدأ بنوبة قشعريرة شديدة وفى متكرر فيكون سيره فيما بعد ثقيلا أيضا وتعسر الازدراد وان بقى غير قوى غالبا ولم تصل الحمى الى درجة شديدة جدا الا ان لون وجه المرضى يبقى باهتا والاعين ذابلة والنبض صغيرا متواترا جدا وقد يكون بطيئا فى بعض الاحوال وتكون المرضى فى حالة انحطاط وهبوط وعند تعفن الاغشية الكاذبة يتصاعد من الفم رائحة كريهة جدا وان امتد التغير الدفتيرى الى الغشاء المخاطى الانفى سال من الخياشيم المحمرة المتسلخة سائل منتن متغير اللون ويزداد انتفاخ العقد العنقية وتكون هذه العقد صلبة ذات مقاومة وليس لها ميل للتقيح وبالبحث عن البول يتضح وجود كمية عظيمة من الزلال فى نصف الاحوال تقريبا وقد يحصل الموت بكيفية غريبة وذلك انه قد يطرأ مع كون الحالة العامة للمرضى جيدة للغاية

بظهور

بظهور اعراض الخطاط فجائية كأنه يشاهد نوب اغماء متكررة عميقة وتزول حتى تحصل نوبة جديدة تنتهى بالموت وقد ينتهى هـذا المرض انتهاء جيدا ولو كان سيره ثقيلا جدا كما ذكرنا وفى مثل هذه الاحوال تنفصل الاغشية الكاذبة بدون ان تخلفها اغشية كاذبة جديدة وفقد الجوهر الموجود ينطفى شيأ فشيأ حتى يحصل التئام وحينئذ تبتدئ نقاهة المرضى بعد اربعة عشر يوما أو ثلاثة أسابيع الا انه يمضى زمن طويل حتى تعود الى قواها

ويحصل فى صفة هـذا المرض تنوع عظيم ان انضم الى الالتهاب الدفتيرى للحلق التهاب ليفى أى ذو غشاء كاذب فى الحنجرة والقصبة الهوائية فحينئذ يتضم الى الظواهر المرضية السابق ذكرها بحة فى الصوت أو فقده وعسر عظيم فى التنفس وغيرها من اعراض هذا المرض الاخير وهذه المضاعفة قد تحصل فى الاحوال الخفيفة كما تحصل فى الثقيلة منه وكثيرا ما يستدل من البحث بالنظر على الحلق ومن تسلطن الالتهاب الدفتيرى تسلطنا وبائيا على احد هذين الشكلين من الالتهاب الحنجرى الليفى ومثل هذه الاحوال قد ينتهى بالشفاء الا ان أغلب المرضى يهلك باعراض الهبوط والانحطاط أو باعراض التنفس الغير الكافى او تسمم الدم بحمض الكربون

وهـذا المرض وان انتهى بشفاء تام فى الظاهر يعقبه شلل فى كثير من الاحوال و بكل من حصول الشلل الدفتيرى عقب الاصابة الدفتيرية ولو الخفيفة وبالامر المنبهم من ان الشلل لا يعقب هـذا المرض بدون واسطة بل بعد انتهاء سيره بأربعة عشر يوما أو أربعة أسابيع اى عندما يكون شفاء المريض قد تم بحسب الظاهر يوجه به مع الاتضاح عدم معرفة الارتباط الكائن بين الشلل والاصابة الدفتيرية زمنا طويلا وأ كثر أنواع الشلل الدفتيرى حصولا شلل اللهاة والبلعوم فعند شلل اللهاة يصير نطق المرضى انفيا والسوائل المزدردة ترتد من الانف ثانيا وأما ان كان البلعوم منشلا ايضا فيتعذر الازدراد كذلك بحيث يلتجئ الطبيب فى بعض الاحوال الى تغذية المرضى بالصناعة بواسطة المجس المروى وكثيرا ما ينضم لشلل عضلات الاجزاء المصابة بالدفتير يا شلل عضلات العين بحيث تفقد قوة تكيف الابصار فيحصل الحول وكذا الاطراف سيما

الاقدام قد يعتريها احيانا شلل تام أو غير تام وقد شاهدت في وباء صغير حالتين من شلل تام في جميع الاطراف والحكم على عاقبة الشلل الدفتيري جيد في الغالب فانه في معظم الاحوال ينتهي بالشفاء والتوجيهات العديدة التي ذكرت على الشلل الدفتيري غير كافية فاننا لا نعلم يقينا ان كان هذا الشلل دائريا او مركزيا وقد قيل ان الشلل الذي يعقب الدفتيريا يشابه الشلل الذي يعقب أحيانا بعض الامراض الثقيلة سيما التيفوس الا ان هذا القول يرد بكثرة حصول الشلل الدفتيري بالنسبة لحصوله عقب امراض ثقيلة أخرى وكذا بعدم التناسب الكائن بين شدة هذا المرض وحصول الشلل اذ بهذين الامرين يتميز الشلل الدفتيري عن غيره من أنواع الشلل

﴿المعالجة﴾

المعالجة الواقية تستدعي ان يحفظ الطبيب نفسه عند البحث من الهواء المنقذف بالزفير ومن ملامسة المواد الغشائية الكاذبة أو المنسوجات المتهتكة المنقذفة من المريض بواسطة السعال وان يأمر من كان منوطا بخدمة المريض بالاحتراس من ذلك وينبغي تبعيد أهل المريض غير المنوطين بخدمته من أودته ان سمحت الحالة بذلك ثم ان الايصا باستعمال وسائط علاجية باطنا أو ظاهرا من التي أوصي بها في هذا المرض وقيل بنجاحها لم يحصل عادة الا في الازمنة الاخيرة من اوبئة الدفتيريا التي فيها تكتسب احوال هذا المرض خفة ويكون الشفاء فيها كثيرا فان جميع الاطباء التي لها تجارب عظيمة في معالجة الدفتيريا تؤكد لنا ان جميع هذه الوسائط العلاجية التي قيل بنجاحها ليس لها ادنى ثمرة في الاحوال الثقيلة من هذا المرض وينبغي في الاحوال الحديثة (طبقا لمن يعتبر أن منشأ الدفتيريا موضعي) نزع الاغشية الكاذبة مع الاحتراس ومس الاجزاء التي نزعت منها بعد تجفيفها بنترات الفضة او بالجلسرين مع التنين أو محلول فوق كلورور الحديد لكن لا ينبغي تكرار ذلك الامر تين في اليوم مع عدم التمادي على ذلك زمنا طويلا وزيادة عن ذلك يعطى للمرضى عند انتفاخ الغشاء المخاطي واحمراره بشدة قطع صغيرة من الجليد يزردونها بابطء ويؤمر لهم بتعاطي

محلول

محلول من كلورات البوتاسا (٤ جرام على ١٨٠ جراما أعنى درهما على ست اواق من الماء) مع أخذ ملعقة من هذا المحلول كل ساعتين وازدراده ببطء حتى يلامس الاجزاء المريضة برهة من الزمن على قدر الامكان وأما الاستعمال الموضعي بالمس بالفرشة بماء الكلور ومحلول تحت كبريتات الصودا (٤ جرام على ٣٠ جراما من الماء اعنى درهما على اوقية من الماء) وفوق منجانات البوتاسا (٤ جرام على ٣٠ جراما من الماء اعنى درهما على اوقية) الذي به لا تزول الرائحة المنتنة فقط بل يمتنع ايضا تقدم سير هذا المرض وسرعة تقرحه فقد مدحه فى العصر المستجد كثير من الاطباء كما مدح بعضهم عند ابتداء التعفن والتقرح محلول حمض الفينيك من نصف جزء الى جزء على المائة أعنى من نصف جرام الى جرام على مائة جرام وحمض الصفصافيك أو فوق منجانات البوتاسا جرام من أحدهما على ٣٠٠ جرام من الماء على صفة الغرغرة اوالمس بالكؤل المركز أو المخفف كما انه مدح ايضا استعمال الابخرة المائية الساخنة بالاستنشاق مع الوسائط المضادة للتعفن السابقة وكلما امتدت الاغشية وحصل فيها الفساد وجب تكرار استنشاق الابخرة الساخنة جدا ومدة الاستنشاق من ربع ساعة الى نصف ساعة والطبيب لودويك مدح فى المعالجة الموضعية للدفتيريا استعمال مس الاجزاء المريضة كل ساعتين بمحلول النيترين من ثلاثة اجزاء الى خمسة على المائة و ينبغي تجنب جميع الوسائط العلاجية المضعفة سيما الاستفراغات الدموية بل ينبغي حفظ قوى المرضى بواسطة المقويات كتعاطى المركبات الكينية والحديدية واعطاء النبيذ والامراق المركزة المقوية وان حصل هبوط وانحطاط عظيم مع ذلك ينبغي اعطاء المنعشات سيما الكافور والمسك وكذا مقادير عظيمة من النبيذ وعند امتداد الاصابة الدفتيرية الى باطن الانف تستعمل الوسائط السابقة اما على صفة المس أو الاستنشاق او الحقن واما الالتهاب الحنجرى الغشائى الذي يحصل فى اثناء سير هذا المرض فانه يستدعى عين المعالجة التى ذكرناها عند الكلام على الالتهاب الحنجرى الليفى الذاتى غير انه لا ينبغي استعمال الاستفراغات الدموية ولا تعاطى الزيبق الحلو ولو فى الاحوال

الحديثة والاجود عند طرو الظواهر الاولية لهذه المضاعفة استعمال مقئ وتكرار الاستنشاق بماء الجير كل نصف ساعة أو بمحلول حمض الصفصافيك (بان يؤخذ من حمض الصفصافيك ومن كربونات الصودا اجزاء متساوية ٥ جرام على ٢٠٠ جرام من الماء المقطر) ولا ينبغى تأخير القطع الحنجرى جدا ان اريد الحصول على فائدة منه ولو ان ذلك نادر جدا فى السعال الديكى الدفتيرى

واجود شئ يوصى باستعماله فى الشلل الدفتيرى الغسلات الباردة القصيرة المدة ولاسيما استعمال الحمامات البحرية والملحية والفاترة وقد أوصى فيه أيضا باستعمال التيار الكهربائى المتقطع والمستمر عند بطء شفائه والعادة انه يزول هذا الشلل من نفسه تدريجيا

﴿المبحث الثالث عشر﴾

(فى الحميات الاجامية او المتقطعة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الحميات المتقطعة تنشأ من تسمم الجسم بجوهر مسم يسمى بالميازما الاجامية وبالسم الآجامى وهذا السم ليس نتيجة تحلل وفساد غير ان فساد الجواهر النباتية له تأثير عظيم فى تكون هذا السم وازدياده والذى يؤيد حقيقة هذا الرأى الامور الآتية وهى ان الحميات الاجامية تكون متسلطنة تسلطنا وطنيا فى المحال الاجامية وفى مثل هذه المحال عدد الاصابات المرضية يزيد تارة وينقص تارة أخرى بحسب كثرة وجود الشروط المعينة على فساد الجواهر النباتية فى الآجام أو قلتها فان حصل برد شديد مثلا بحيث تجمد المياه الراكدة فى الاجام شوهد زوال الحميات المتقطعة وعين ذلك يحصل فى السنين الحارة الجافة جدا التى فيها تجف الاجام بالكلية او فى السنين الرطبة الممطرة جدا التى فيها يتكون على سطح المياه الاجامية طبقة جديدة من المياه تقى مياه الاجام الاصلية من تأثير اشعة الشمس والهواء وعكس ذلك تكون السنين والفصول الحارة وغير الجافة جدا التى فيها تؤثر الاشعة الشمسية على الاراضى الاجامية الرطبة المتكشفة مصحوبة بعدد عظيم من الاصابات الحمية المتقطعة وليس من المعلوم

ان كان المساعد على تكون السم الاجامى هو تحلل بعض المواد النباتية المخصوصة او خاصية للماء واختلاط ماء البحار وماء الينابيع والامطار الذى يحصل فى الاجام القريبة من البحار وفيضان البحار وقت المد او بالرياح الشديدة يظهر ان له تأثيرا مضرا اعنى مساعدا على تكون السم الاجامى للغاية وذلك لانه يموت فيه جزء عظيم من نباتات المياه العذبة وجزء عظيم ايضا من نباتات المياه البحرية فان كلا من هذين النوعين من المواد النباتية لايمكنه المعيشة والنمو فيه فينفسد ويتعفن ومثل الاجام بالنسبة لتسلطن الحميات المتقطعة تسلطنا وطنيا البطاح المخفضة جدا الكائنة بقرب الانهر المعرضة لفيضانها كل سنة ولا حاجة لايضاح مخصوص يثبت انه بواسطة فيضان الانهر يحصل ايضا موت لجزء عظيم من النباتات وتعفنه فيما بعد سيما بتأثير الحرارة التابعة لذلك الفيضان تعفنا منتشرا وكذا كثرة ظهور الحميات المتقطعة فى بعض المحال التى كانت ارضها متروكة وغير مزروعة ثم تجددت فيها الزراعة ثانيا يطابق بالكلية حصول الحميات المتقطعة فى البقاع القريبة من الاجام والبطاح اذ بذلك يتضح ويظهر على سطح الارض جزء عظيم من المواد النباتية الميتة ويكون عرضة للشروط المحدثة فيه التعفن وبالجملة قد ثبت بالنسبة لبعض المحال التى فيها تظهر الحميات المتقطعة ولو مع شروط مخالفة فى الظاهر لما تقدم اعنى من المحال الجافة جدا ان ماء باطن الارض فى مثل هذه المحال كثير وانه يوجد اسفل طبقتها السطحية الهشة المتشققة بحرارة الشمس اجام غابرة تحتها وجميع هذه الاوصاف العمومية التى تشاهد فى اغلب المحال المتسلطنة فيها الحميات المتقطعة لا تلجئنا للقول والحكم (كما اشرنا الى ذلك فيما تقدم) بان السم الاجامى جوهر كيماوى اعنى جوهرا آلى او غير آلى صلب او غازى منفصل من تحلل المواد النباتية وتعفنها بل بعكس ذلك فقد الحميات المتقطعة من بعض المحال الاجامية العظيمة ووجودها فى بعض المحال التى لا تكون بورة لتعفن وتحلل نباتى يثبت ان الامور والشروط الخاصة بالمحال الاجامية والبطاح وان كانت تعين وتساعد على تكون السم الاجامى الا انها ليست من الشروط الضرورية وانها لا تكفى بانفرادها فى انتاج السم الاجامى

وهذا الامر يتضح سبوته من المشاهدات المعلومة من ان جميع الاشخاص التي تشرب من ماء آجام معلومة قد تصاب جميعها بالحمى المتقطعة كما ان هناك مشاهدات عديدة مضادة لذلك اعني التي فيها شرب المياه من اجام كثيرة اخرى لا ينتج عنه حميات متقطعة فلو كان الؤثر المرضي بمجرده تحصل كيماوى لكان هذا الاختلاف غير ممكن توجيهه بالكلية ولا نخشى القول مع غاية الصراحة والتأكيد بان الميازما الاجامية عبارة عن جسيمات نباتية دنيئة نجاح نموها متعلق بتعفن المواد النباتية وفسادها والاثبات اللاواسطى لهذه الجسيمات الدنيئة لم يتحقق الى الآن فان الفطر الاجامي لم يره احد الى وقتنا هذا لكن بجميع الامور التي تقدم ذكرها وغيرها من المشاهدات العديدة يثبت ان السم الذي يتصاعد من الاجام جوهر آلى حى مشابه للسم الذي يتصاعد من جسم شخص مصاب بالحصبة مثلا غير انه يوجد فرق عظيم بين السم الميازمى الآلى المكون للسبب النوعي للحميات المتقطعة وبين السم المعدى الآلى الذي تنتشر عنه الامراض الطفحية الحادة والتيفوس الطفحى وغيره من الامراض المعدية وهو ان الجوهر المعدى الآلى يتولد ويتكون فى الجسم المتسمم به وان الجوهر الميازمى الآلى لا يتكون ثانيا فى جسم مصاب بحميات متقطعة فانه لا يجد فى جسم الانسان المصاب به الشروط المعينة على نجاح نموه فانه لم يشاهد مطلقا سريان الحمى المتقطعة بواسطة انسان الى محال أخرى غير اجامية بحيث ان الاقامة ولو القليلة فى محل اجامى وان كفت فى الاصابة بالحمى المتقطعة يمكن للانسان الاقامة زمنا طويلا مع المصابين بالحميات المتقطعة ولو فى اودة واحدة من اى مارستان بعيد عن الآجام بدون ادنى خطر ولهذا السبب تعتبر الحمى المتقطعة مرضا ميازميا محضا مخالفا للامراض المعدية الصرف والمعدية الميازماتية وكما انه يوجد بقاع ممتدة جدا فيها تكون جميع الشروط المعينة على تكون الميازمى الاجامية موجودة وفيها تتسلطن الحميات المتقطعة يوجد أيضا بورات محدودة قليلة الامتداد فيها تشاهد احوال عديدة من الحميات المتقطعة فى زمن الربيع والصيف مع بقاء المحلات المحيطة بها مصونة عن هذا المرض وفى مثل هذه المحلات الاخيرة

التي هي بورة اجامية قليلة الامتداد في القرى القريبة من الاجام او بعض اجزاء من المدن اوحارات ما المتسلطنة فيها الحمى المتقطعة تسلطنا وطنيا قد فعلت تجارب مهمة بالنسبة لانتشار الميازما الاجامية اتضح منها ان هذا السم ينتشر بسهولة انتشارا وقتيا لا عودبا وأنه قد يعاق في سيره ولو بموانع واهية كبعض الحيطان والشجر المجتمع ونحو ذلك بحيث لا يجاوز الموانع المذكورة الا نادرا وذلك عند تسلطن بعض الرياح المخصوصة

ومن الغريب ان الحميات المتقطعة قد تظهر ظهورا متعاقبا على شكل وباء ممتد وفي مثل هذا الوباء يصيب هذا المرض عددا عظيما من الاشخاص في المحال التي يكون فيها متسلطنا تسلطنا وطنيا ولا يقتصر عليها فقط بل يمتد الى محال بعيدة لم تكن شوهدت فيها الحميات المتقطعة من منذ سنين الامشاهدة افرادية وهذا الوباء لا يحصل دائما في السنين الحارة الرطبة جدا بحيث يسوغ القول بان الشروط المحدثة لتعفن الجواهر النباتية تعفنا عظيما وتكون مساعدة على تولد الميازما الاجامية وانتشاره وانتقاله من المحال المتسلطن فيها على الدوام الى محال أخرى لم توجد فيها الحميات المتقطعة عادة بل يظهر ان ذلك ناشئ اما عن مؤثرات مجهولة معينة أيضا على تكون السم الاجامي أو من سريان هذه الميازما الاجامية بواسطة تيار الهواء وانتقاله من محل منشاه الى محال بعيدة عنه وتشاهد اوبئة عظيمة من حميات متقطعة تسبق اوبئة الهيضة الآسية بدون ان يمكن توجيه ذلك كما انه قد يشاهد في البلاد الحارة تسلطن الهيضة الآسية والحميات المتقطعة او تسلطن هذه الاخيرة مع الدوسنطاريا وهو الاغلب

ومن المستغرب جدا حصول الحميات المتقطعة حصولا افراديا ولا ينبغي عد الاحوال التي فيها الاشخاص المتسممة بالميازما الاجامية وانتقلت الى محلات لم يكن فيها السم الاجامي وظهر عندها في محل اقامتها المستجدة اعراض التسمم الاجامي زمنا طويلا من احوال الحميات المتقطعة الافرادية وانما يوجد في بعض البلاد والفلوات احوال افرادية من الحميات المتقطعة لم تكن ناشئة عن التسمم بالميازما الاجامية الآتية من محلات أخرى وفي مثل هذه الاحوال لا يكون عندنا الا توجيه واحد وهو القول بوجود بورات

اجامية صغيرة جدا الا تؤثر على الاشخاص البعيدة عنها او بوجود ميازما اجامية ضعيفة التأثير جدا الا تؤثر الا على بعض الاشخاص المستعدة لقبول السم الميازمي واما القول بان الحميات المتقطعة تحصل احيانا باسباب أخرى خلاف التسمم بالميازما الاجامية فينبغي رفضه

ثم ان كل سن وجنس وبنية يظهر استعداده للاصابة بالحميات المتقطعة وهذا الاستعداد وان قوي عند بعض الاشخاص وضعف عند آخرين لا يتعلق بالاختلافات العامة الاجامية الجوية التي سبق ذكرها بل بخصوصيات شخصية بعضها معلوم فان المشاق الجسمية العظيمة وغيرها من المؤثرات المضعفة والتباعد عن التدبير الغذائي ولا سيما تأثير البرد تزيد في الاستعداد ازديادا عظيما جدا بحيث ان كثيرا من الاشخاص التي تعرضت زمنا طويلا للميازما الاجامية بدون ان تتأثر منه تصاب بالحميات المتقطعة متى أثر عليها سبب من الاسباب المتقدم ذكرها وبهذه الكيفية توجه الاحوال التي فيها يشاهد ان الاشخاص التي مكثت زمنا طويلا في محال اجامية مصونة عن الاصابة بهذا المرض ولا بالحمى أيضا المتقطعة الا عند تركها لها اذ من الواضح في مثل هذه الاحوال ان التسمم الاجامي حصل من قبل الا انه لم يظهر تأثيره في الجسم الذي هو قليل الاستعداد للاصابة بهذا المرض فلم يعقب تأثيره نتايج مضرة الا عقب تأثير أسباب مضرة اخرى على الجسم وزيادة الاستعداد لحصول هذا المرض ومن المؤثرات التي تزيد في الاستعداد للاصابة بالحميات المتقطعة حصول هذا المرض مرة او جملة مرات وهذا الامر مضاد بالكلية لما يشاهد في الامراض الطفحية الحادة والتيفوس وتعود الجسم على السم الاجامي لا يقال به الا في الاحوال التي فيها تشاهد بعض الاشخاص المعرضة لتأثيره زمنا طويلا بدون ان تصاب بحميات متقطعة واضحة بل بحالة نهوكة غير حمية مصحوبة بتمدد عظيم في الطحال ثم ان الانتشار الجغرافي للحميات المتقطعة عظيم جدا والحميات المتقطعة كثيرة الحصول في المناطق الحارة وتتسلطن تسلطنا اعظم في المحال والاقطار الغير الجافة جدا (والحارة الكثيرة الامطار الدورية والمستنقعات النباتية كبلاد السودان) واما وجودها في المناطق المعتدلة فانه يكون

قاصرا

قاصرا على بعض الجهات المختلفة الامتداد ولاتوجد فى المناطق الباردة بالكلية

(الصفات التشريحية)

فتح جثة الهالكين بالحميات المتقطعة البسيطة من النوادر العظيمة جدا ومنها لاتتضح تغيرات واضحة سوى التغيرات الخاصة بالطحال التى سبق ذكرها فى الجزء الاول والتغيرات التى تعترى الدم المتعلقة بالتسمم الاجامى فى احوال الحميات المتقطعة البسيطة لم يمكن اثباتها بالبحث الكيماوى ولا الميكروسكوبى وفقر الدم لقلة احتوائه على الكرات الدموية الحمراء والمادة الزلالية التى تشاهد على الدوام فى أحوال الحميات المتقطعة المزمنة ينتج عن النهوكة الناشئة عن الحمى الشديدة وتضخم الطحال وعند فعل الصفات التشريحية فى جثة الهالكين بالحميات المتقطعة الخبيثة كثيرا ماتوجد علامات الميلانميا واحيانا توجد تحصلات التهابات او انسكابات دموية او احتقانات شديدة فى الاعضاء المختلفة

(الاعراض والسير)

(اولا الحمى المتقطعة البسيطة) امامدة تفريخ السم الاجامى فليست معروفة معرفة اكيدة ويظهر انه يمضى بالاكثر ١٤ يوما من ابتداء تأثير الميازما الاجامية الى حين ظهور الاعراض الابتدائية ويظهر فى بعض الاحوال ان الظواهر المرضية تعقب تأثير السم الاجامى بلا واسطة

وقيل ان تتضح فى اثناء سير الحميات المتقطعة البسيطة الصفة التى استعار منها هذا المرض تسميته اعنى قبل ان تتضح نوب الحمى (وهى النوب الحمى) والازمنة الخالية منها (وهى الفترات) وتتعاقب مع بعضها لاينذر ان يتضح التسمم بالسم الاجامى باضطراب عام فى البنية اضطرابا مستمرا اومترددا ترددا مختلف الوضوح مع اضطراب فى الوظائف المختلفة وهذا الاضطراب العام الذى يعتبر دورا سابقا للحمى المتقطعة ليس ذا اوصاف مخصوصة ولا يتميز عن الادوار السابقة لغير هذا المرض من الامراض التسممية العامة الا باعتبار تسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا او وبائيا وبعد استمرار الاعراض السابقة جملة ايام او فقدها فى احوال اخرى تظهر

النوبة الاولى من الحمى المتقطعة

ثم انه يميز لنوبة الحمى المتقطعة ثلاثة ادوار وهي دور القشعريرة ودور الحرارة ودور العرق اما دور القشعريرة فانه يبتدأ بملل وضعف وتكسر عظيم فالمرضى تتثاءب بكثرة وتجبر على تمديد اطرافها (المعروف بالتمطى) وينضم لذلك بسرعة الاحساس بالبرد المحسوس للمريض ويكون فى الابتداء على هيئة قشعريرة خفيفة تتردد زمنا ثم يصير على هيئة قشعريرة مستمرة بحيث تتطلب المرضى الغطاء بكثرة لاجل التدفئة وعند ارتقاء هذه القشعريرة يعترى الاطراف اهتزاز غير ارادى فتتلاطم الشفتان والاسنان وكثيرا ما يرتعد الجسم فى الفراش وعند ابتداء دور القشعريرة يحصل الم فى الرأس كثير الشدة او قليلها مع احساس بضجر فى الصدر وسرعة فى حركات التنفس والتكلم يصير غير واضح بسبب سرعة التنفس وتلاطم الشفتين المتكرر ولا يندر ان يحصل قىء سيما ان كان المريض متعاطيا الاغذية قبل حصول النوبة بزمن قليل وعند البحث على الحالة الظاهرة للمريض ترى له هيئة مخصوصة تشابه هيئة شخص تعرض لدرجة برودة عظيمة زمنا طويلا بدون غطاء مدثر له فيبرد بردا شديدا فان حجم الجسم يظهر متناقصا والوجه منكمشا والانف مدببا والاصابع رمدتقة بحيث يخرج الخاتم منها وحيث ان توارد الدم الشريانى نحو الجلد يكون معاقا فلذلك يظهر ممتقعا للغاية وحيث ان الدم الوريدى يكون مجتمعا ومتراكما فى الاوردة والتفرعات الوريدية الشعرية فيظهر كل من الشفتين واظافر اصابع اليدين والقدمين ذا لون مزرق ولا يندر ان يكون توارد الدم نحو الاصابع معاقا بالكلية بحيث تصير هيئتها كالشمع الاصفر فاقدة الاحساس ولا تدمى عند جرحها وزيادة على ذلك يظهر فى جلد الاطراف او الجذع هيئة شبيهة بجلد الاوز ويكون النبض سريعا جدا صغيرا صلبا والغالب ان يكون الافراز البولى متزايدا والبول الخارج ذا وزن نوعى خفيف وبالبحث الطبيعى يتضح غالبا ازدياد فى حجم الطحال وفى اثناء ما تتعادل حرارة دائرة الجسم فى دور القشعريرة مع حرارة الاوساط المحيطة بها شيأ فشيأ بسبب عوق توارد الدم الشريانى الساخن وتتناقص بجملة

درجات تبعا لذلك تكون حرارة الدم والاعضاء الباطنية آخذة في الازدياد وهذا الازدياد يحصل قبل ان يبتدئ دور القشعريرة ويبلغ درجتين او ثلاثة او ازيد من ذلك في الاحوال الثقيلة جدا

و جميع الاعراض المذكورة يمكن نسبة معظمها الى انه في دور القشعريرة الحمية يحصل في الطبقة العضلية للجلد وللشرايين الدائرية حالة انقباض تشنجى والنتيجة اللاواسطية لهذا التشنج هي حالة جلد الاوز وصغر النبض وصلابته ووقوع الانامل في حالة تكرمش شبيهة بالموت وكذا بالانقباض التشنجى لعضلات الجلد وجدر الشرايين الدايرية يتعلق التناقص الظاهرى لحجم الجسم وجفاف الجلد وبهاتته وتراكم الدم في الاوردة وانخفاض درجة حرارة الجسم في سطحه الظاهر واحساس المرضى بالقشعريرة يكون عظيما جدا بحيث لا يمكن نسبته الى مجرد انخفاض درجة الحرارة في دائرة الجسم واما بقاء الجسم من الظاهر باردا زمنا طويلا ولو كان مدثرا باغطية ثقيلة فانه يتعلق بتناقص تولد الحرارة فيه لقلة توارد الدم الشرياني نحو السطح الظاهر وهذه الظاهرة غريبة سيما وان سطح الجسم لا يترك حرارته الى ما كان محيطا به ثم انه باضطراب الدورة في دائرة الجسم يزداد الضغط الجانبي في أوعية الاعضاء الباطنة وحيث لا نعلم ان كان تشنج الطبقة العضلية الوعائية للشرايين الدائرية قاصرا على هذه الاوعية ولم يمتد الى الشرايين المتوزعة باطن الجسم ام لا ففي المشكوك فيه ان كان كل من الم الرأس والضجر وسرعة التنفس والقيء وازدياد الافراز البولى وانتفاخ الطحال متعلقا باحتقان تواردي تفممى جانبي في الاعضاء الباطنة ام لا وعلى كل حال فان الاحتقان التواردى التفممى للطحال ليس هو السبب الوحيد في تمدده وانتفاخه ومدة دور القشعريرة يمتد من نصف ساعة الى ثلاث ساعات وفي الادوار الابتدائية من الحمى يكون هذا الدور قصيرا وغير شديد بخلافه في النوب المتأخرة من هذا المرض وعند استمرار الحمى المتقطعة زمنا طويلا تأخذ شدته وامتداده في التناقص ثانيا واما دور الحرارة فانه لا يحصل بغتة بل تدريجيا والاحساس بالقشعريرة يكون متقطعا باحساس بحرارة وقتية ثم يصير الاحساس بتزايد الحرارة

مستمرا وحينئذ يزداد الم الرأس وتقع المرضى فى حالة قلق ولا يندران يحصل عندها هذيان او تقع فى حالة خدر خفيفة وكذا الاحساس بالضجر فى الصدر يتزايد واما التنفس فانه يصير بطيئا ويزداد العطش جدا وكذا تتغير الهيئة الظاهرة للمريض فان كلا من جلد الاوز واللون السيانوزى للشفتين واظافر الاصابع والوجه يصير مزدادا كمدا وكثيرا ما يظهر طفح هربسى على الشفتين والنبض الذى كان ابتدأ صغيرا منقبضا يصير ممتلئا واضحا وضربات الشرايين السباتية تكون عظيمة والبول المنفرز متركزا ويتناقص انتفاخ الطحال وحرارة الجسم تتزايد ايضا فى دائرته فان درجة حرارة الدم ترتقى فى ابتداء هذا الدور الى غاية شدتها وتبقى على هذه الحالة مدة من الزمن ثم يحصل نحو انتهاء دور الحرارة انحطاط بطئ وجميع هذه الظواهر تثبت ان تشنج الطبقة العضلية الجلدية والوعائية قد زال وحل محله حالة تقرب من نصف شللية واسترخاء جوهر الجلد وجدر الاوعية يوجد به بسهولة تزايد توارد الدم الى الاعضاء التى كانت خالية عنه فى دور القشعريرة وازدياد امتلائها بالدم وارتفاع درجة حرارتها وكل من الآلام الشديدة للرأس والاحساس بالضجر فى الصدر الذى لا يندر ان ينضم اليه ظواهر نزلية وانتفاخ الطحال يجيز لنا القول مع التقريب بان شرايين الدماغ والشعب والطحال تكون فى حالة شبيهة بالحالة التى تكون عليها شرايين دائرة الجسم ومدة دور الحرارة تختلف باختلاف الاحوال المرضية فقد تكون من بعض ساعات او اقل وقد تستمر فى الاحوال الثقيلة من ست ساعات الى ثمانية بل والى ١٢ ساعة قبل ظهور العرق على الجسم واما دور العرق فانه يبتدى بتندية جلد الابطين والجبهة وقليلا قليلا ينتشر العرق على جميع الجسم ويكون فى الابتداء لطيفا ثم يصير غزيرا وحينئذ تحس المرضى بالراحة العظيمة وتتناقص آلام الرأس ثم تزول تدريجيا بالكلية وينتبه الدماغ ويزول الضجر وكل من عمق حركات التنفس وسرعتها يعود الى حالته الطبيعية ويتناقص العطش ويصير النبض عظيما رخوا وتتناقص سرعته ايضا والبول الداكن يرسب منه عادة راسب من املاح بولية وهذه الظاهرة تنشأ عن تركز البول بسبب الفقد المائى العظيم الحاصل بواسطة التبخير

الجلدى

الجلدى العظيم وتفقد هـذه الظاهرة عنـد مايتعاطى المريض كية عظيمة من الماء شرباودرجة الحرارة فى دور العرق تنخفض بالتدريج بحيث تصـل الى درجتها الطبيعية تقريبا نحو انتهاء هـذا الدور وحينئـذ تزول النوبة وتبتدى الفـترة واغلب المرضى تقع فى حالة نوم عميق تستيقظ منه مع حالة ملـل وهبوط عظـيم الا انها تـكون متمتعـة بحالة صحـة جيـدة فى الظاهر ثم ان كانت جميع ادوار نوبة الحمى المتقطعة واضحـة سميت الحمى بالتامة واما ان فقد احـد الادوار او كان غير واضح جـدا سميت بالغير التامة وفى بعض الاحوال النـادرة قد لا تتعاقب ادوار الحمى عـلى هـذا النمط المنتظم الطبيعى بحيث ان دور القشعريرة يحصـل فى انتهـاء النوبة لا فى ابتدائها (وهذا مايسمى بالطرز المنعكس)

واما الفترة (اعنى الزمن الخالى من نوبة الحمى) فيندر ان تـكون نقية بعد النوب الابتدائية من الحمى فالمرضى وان لم يوجد عندهم فى اثنائها حركة حميـة بل فى كثير من الاحوال تـكون درجـة حرارتهم منخفضة عن الحالة الطبيعية ونبضهم قليل السرعة الا ان الشهية تبقى متناقصة غالبا واللسان مغطى والهضم مضطربا ويوجد عندهم حساسية عظيمة بالنسبة للتقلبات الجوية وتشـتكى بحالة توعك عام ثم بعد بعض نوب تزول هـذه الاضطرابات عادة فلا يشاهد فى اثناء الفترة ظواهر مرضية سوى حالة ضعف وفقر فى الدم تزداد شيأ فشيأ وعند اسـتمرار الحمى المتقطعة زمنا طويلا تصير الفترات غير نقية والطرز المتقطع يقرب من الطرز المتردد شيأ فشـيأ وهذا مايسمى بالحمى المتـقطعة تحت الدائمـة ثم انه بحسب الطرز الذى به تتـعاقب نوب الحمى مع بعضها تتميز الحمى المتقطعة الى يوميـة وثلاثية ورباعية

فاما اليوميـة او الطرز اليومى ففيه تحصـل نوبة الحمى التالية بعـد ٢٤ ساعة وفى الطرز الثـلاثى بعد ٤٨ ساعة الرباعى بعد ٧٢ ساعة واما وجود اشكال اخرى فيهـا تتأخر نوبة الحمى ٥ ايام او ٦ او ٧ او ازيد من ذلك فغير اكـيد والطرز الـكثير الحصول هو الثلاثى واليومى وان حصلت النوبة الثالثة فى اليوم المعـلوم من الحمى فى ساعة متقدمة عن اليوم السـابق سمى هـذا الطرز بالطرز المتقدم وان حصل عكس ذلك

سمي بالطرز المتأخر ثم انه بهذا التقدم او التأخر يمكن ان يتغير طرز الحمى فيستحيل من الطرز اليومي الى الثلاثي والعكس بالعكس وان استمرت نوبة الحمى مدة طويلة من الزمن بحيث ان انتهاء النوبة يصادف ابتداء النوبة التالية نشأ ما يسمى بالحمى المتقطعة المتداخلة واما الحمى المتقطعة المزدوجة فيعني بها الحمى المتقطعة التي فيها تكون فترة الطرز اليومي والثلاثي والرباعي متقطعة بنوبة حمية خفيفة قصيرة تحصل غالبا في ساعة من النهار مخالفة لساعة نوبة الحمى القوية ففي الطرز اليومي تحصل نوبتان في كل يوم احداهما قوية والاخرى خفيفة وفي الطرز الثلاثي المزدوج تحصل نوبة واحدة في كل يوم احداهما ثقيلة تحصل في ايام النوبة الاصلية والاخرى خفيفة تحصل في ايام الفترة واما الطرز الرباعي المزدوج ففيه تحصل فترة في كل يومين متواليين واليوم الثالث يبقى خاليا

ولا تبتدي الحمى المتقطعة بشكل مزدوج البتة بل الغالب ان يظهر هذا الطرز المزدوج بعد استمرار الحمى زمنا طويلا لاسيما عقب حصول نكسات متكررة

ثم ان سير الحمى المتقطعة كثيرا ما يتنوع بتأثير الجواهر الدوائية سيما باعطاء المركبات الكينية بحيث يندر وجود طبيب يعرف سير هذا المرض اذا ترك ونفسه من مشاهداته الخاصة به بمعنى انه يعرف سير هذا المرض الطبيعي فمعرفة هذا الامر قد اتخذناها من مشاهدات الاطباء الاميوباتيين واستنبطنا من ذلك بعض حقائق مهمة بالنسبة لهذا المرض فمنها انه لاشك في كون نوب الحمى وفتراتها الناشئة عن تأثير السم الآجامي يستمر زمنا طويلا ولو لم يكن المريض معرضا لتأثير السم الآجامي وبعيدا عنه (فقد شاهدت شابا بحارا كان اصيب في جريف والد) بحمى متقطعة وشفي منها وبعد النوبة الاخيرة بأربعة اسابيع قد اصيب بنكسة من هذا المرض وهو مسافر في مركبه كما وانه قد ثبت ان اعراض التسمم الاجامي تزول بدون معالجة طبية بعد زوال تأثير السم الاجامي بزمن طويل فمن الواجب حينئذ التحقق منه وهو انه ليس فقط يزول تأثير السم من الاشخاص التي تترك المحلات الاجامية بعد اصابتها بالحمى المتقطعة بل كذلك الاشخاص

التي تبقى فيها فانه يزول منها ايضا بعد انطفائه ولذا لا يجب انه متى لم تشاهد اصابات جديدة من الحمى المتقطعة في محال متسلطن فيها هذا المرض عادة اعتبار شفاء الحمى المتقطعة التي كانت تعالج بدون نجاح الى وقت شفائها دليلا على جودة الجوهر الدوائي المستعمل وحيث ان تسلطن السم الاجامي في بلادنا لا يستمر الا بعض اشهر فمن الاكيد ان الشفاء الذاتي لهذا المرض يحصل في أحوال عديدة وهنالك مسئلة اخرى وهي هل من الممكن التعوّد على تأثير هذا السم الاجامي المضر بتأثيره المستمر بحيث تنطفئ ظواهر التسمم الاجامي

وعلى كل حال فمثل هذه الاحوال يعد من النوادر والغالب انه باستمرار تأثير هذا السم تأثيرا مستمرا تتنوع ظواهر التسمم فقط بحيث ينشأ عن الحمى المتقطعة البسيطة حمى متقطعة تحت الدائمة او سوء القنية الاجامي المزمن غير الحمى

ثم ان أغلب الحميات المتقطعة يبتدي بالطرز الثلاثي او اليومي بعد مضي دور الاعراض السابقة كما ذكرناه عند الكلام على نوب الحمى وفتراتها وفي الابتداء تكون الفترات غير واضحة ثم تتضح بعد نوب جملة وبعد مدة قصيرة لهذا المرض يكون لون المريض ممتقعا وهذا التغير يحصل بسرعة و يتضح جدا كلما كان انتفاخ الطحال عظيما واما اذا بقي هذا العضو صغير الحجم بان كانت محفظته متينة وغير قابلة للتمدد او كان تمدده وانتفاخه معاقين باسباب غير معلومة لنا فان لون وجه المريض لا يكتسب هذه الهيئة الممتقعة الخاصة الا فيما بعد وقد استنبطنا من هذا الامر السهل الادراك في الحميات المتقطعة البسيطة الحديثة ومن امر آخر وهو رجوع اللون الممتقع للوجه بسرعة متى أمكن تنقيص انتفاخ الطحال وتمدد بسرعة ان اللون الممتقع الواضح للمرضى عقب النوب الابتدائية للحميات المتقطعة لا ينتج عن فقر الدم العمومي فقط بل معظمه في الطحال لا عن قلة الدم في الجلد الذي أدى اليه التراكم العظيم فانه يوضع محجم المعلم يونّد على احد الاطراف لاى شخص يحصل ولا بد احتقان عظيم جدا في هذا الطرف وقلة دم باقي اجزاء الجسم تبعا لذلك وعند رفع هذا المحجم يعود توزيع

الدم الى حالته الطبيعية بسرعة وليس القصد من هذا القول ان ارتفاع الحرارة فى كل حمى متقطعة تخالف حمى باقى الامراض الحمية بالنسبة لنهوكة الجسم بل بعكس ذلك فانه لولا وجود ازمنة خالية من الحمى فى هذا المرض أعنى فترات بين نوب هذا المرض وبعضها فى اثنائها تقف نهوكة الجسم وتدخل فيه جواهر مغذية ومعوضة للفقد الحاصل من الحمى زيادة عن غيرها من الامراض الحمية لكانت الحمى المتقطعة أكثر الامراض ثقلا وخطرا بلا شك فان الفقد الجوهرى الذى يحصل فى هذا المرض من الارتقاء العظيم لدرجة الحرارة (التى تجاوز ٤١ درجة) اوأزيد فى هذا المرض عظيم جدا وهذا لا يستنتج مع التأكيد من كثرة تكون البولينا فقط بل منه ومن النحافة وسوء القنية المائى اللذين يحصلان فى كل حمى متقطعة طويلة المدة ولاشك فى ان تكوّن البولينا يزداد فى اثناء النوب فقط لافى اثناء الفترات لكنى قد وجدت فى حالتين من الحمى الرباعية ازديادا فى افراز البولينا مدة الفترات ايضا وبعبارة أخرى ان البولينا المتكونة بكثرة فى اثناء النوبة تنقذف فيما بعد مدة الفترة ثم انه ان لم يمكن ايقاف نوب الحمى زمنا فزمنا او بالكلية بواسطة اعطاء المركبات الكينية اولم تزل من ذاتها بسرعة وصلت الايدريميا اى سوء القنية المائى الى درجة عظيمة جدا بحيث يحصل استسقاء عمومى متفاوت الشدة فى كثير من الاحوال فيها لا يكون الافراز البولى متناقصا ويندر ان يكون البول محتويا على مواد زلالية وهذا الاستسقاء يشابه ما يحصل فى غير هذا المرض من الامراض المنهكة ولو كان من القريب للعقل ان التغيرات الجوهرية والوظيفية للطحال التى تحصل فى اثناء سير الحميات المتقطعة المستطيلة تساعد كذلك على حصول الادريميا العظيمة الدرجة والاستسقاء بكثرة وكلما استطالت مدة الحمى المتقطعة خشى من حصول تغيرات جوهرية مستمرة فى الطحال والكبد والكليتين وهذه التغيرات تكتسب عادة شكل الاستحالة الشحمية مع تراكم مواد بجمنتية فتؤدى الى نهوكة غير قابلة للشفاء كما انه لا يندر ان تودى الحمى المتقطعة المستطيلة الى التهاب كلوى جوهرى مزمن اوالى سوء القنية الزيبقى

فى أحوال أخرى وجميع هذه العوارض الثقيلة للحمى المتقطعة البسيطة المعبر عنها بالكاشكسيا الاجامية يمكن تجنب حصولها بواسطة معالجة لايقة فى غالب الاحوال فلا يحصل كل من الاستسقاء والاستحالة الشحمية فى الاعضاء الغددية من البطن والكاشكسيا الغير القابلة للشفاء الا نادرا جدا ولو فى المحال المتسلطن فيها السم الآجامى تسلطنا وطنيا بشدة عظيمة مادامت المعالجة لايقة والكينين وغيره من الجواهر الدوائية المعلومة وان لم يكن قاطعا للتسمم الآجامى بحيث باعطائه يزول المرض كلية الا ان تأثيره الناظر بالنسبة للعرض المهدد من هذا التسمم وهو الحمى يكاد يكون أكيدا دائما فانه عقب استعمال هذا الجوهر الدوائى بمقدار مناسب يمتنع حصول عدة من النوب الجيدة بدون استثناء وحيث ان كلا من الكاشكسيا الاجامية وفقر الدم بل واصابة الطحال يتعلق بالحمى فالمرضى لا يحصل عندهم فى اثناء تأثيره تناقص فى حالة المرض فقط بل ان حالتهم تحسن جدا وتعود لهم قواهم ولو لم يكن المرض قد انطفى بالكلية ولا مانع من تسمية النوب الحمية التى تحصل عقب انقطاع تأثير الكينين بالنكسات وذلك على سبيل الاختصار لكن هذه التسمية ان نظرنا للحقيقية غير صائبة فان الاحوال التى فيها تحصل هذه النكسات عقب الانتقال الى محال خالية عن السم الاجامى يثبت منها مع التأكيد ان الذى زال ليس هو المرض بتمامه بل عرضا من اعراضه وقد قالت الاطباء الاوميا تيون انه لا يعقب طرقهم العلاجية نكسات ولهذا القول بعض اساس فى الحقيقة فان النوبة الحمية ان كانت زالت بواسطة المعالجة الاوميوباتية فلا بد وان يكون المرض قد انطفى بالكلية والامر المعلوم من انه بتعاطى مقدار كاف من الكينين كثيرا ما لا تحصل نكسات هذا المرض يرجح القول بان هذا الجوهر الدوائى له زيادة عن تأثيره الملطف لنوع الحمى تأثير جيد أيضا فى عموم هذا التغير المرضى الناتج عن التسمم الآجامى فمن الجايز أن تأثيره الملطف يستمر فى مثل هذه الاحوال حتى ينطفى التغير المرضى من ذاته وفى الاحوال التى بها يؤثر الكينين تأثيرا ملطفا مع التأكيد وهو الغالب ينقطع عدد من النوب

فلاتحصل وذلك من سبعة اوار بعة عشر الى احدى وعشرين فالنوبة التالية لذلك تحصل اما فى اليوم الرابع عشر او بعد الاسبوع الثالث او الرابع ويندران تحصل قبل ذلك ويظهر طبقا المشاهد انى ان القول بحصول النكسة دائما فى اليوم الرابع عشر او الواحد والعشرين او الثامن والعشرين من المبالغات فانى كثيرا ما شاهدت حصول النكسات قبل هذا الزمن او بعده ببعض أيام وليس من النادر حصول النكسة ثلاث مرات اوار بعة او أزيد من ذلك حتى ينطفى هذا المرض بالكلية بعد امتداده جملة اشهر مع التقطع واظن انه من الجيد ذكر سير الحمى المتقطعة المتنوع بتعاطى الكينين عند الكلام على اعراض هذا المرض ولان اغلب الاطباء يكاد لا يتيسر له مشاهدة الحمى المتقطعة بدون هذا السير المتنوع فان كثيرا مما ذكروه فى كتب علم الامراض الباطنة على سير الحمى المتقطعة لاسيما نكساتها لا يطابق فى الحقيقة الصورة المرضية للحمى المتقطعة التى تترك ونفسها

(ثانيا الحمى المتقطعة الخبيثة)

قد تكون كل نوبة حمية خطرة بالنسبة للاطفال والطاعنين فى السن والاشخاص المنهوكين وغيرهم من المرضى بدون ان تكون ذات شدة ولا مدة غير اعتياديتين ولا مصحوبة بمضاعفات فان الاطفال الذين يكونون مستعدين للتشنجات لا يندران يحصل عندهم فى دور القشعريرة نوب تشنجية صرعية كما يحصل عندهم ذلك كظاهرة ابتدائية لبعض الامراض الالتهابية تعتريهم ولا ينشأ عن هذه النوبة خطر عادة لكنها قد تؤدى احيانا الى شلل عمومى وتنتهى بالموت وعند الطاعنين فى السن والمنهوكين ينشأ خطر النوبة الحمية عن الانحطاط والهبوط التام لما تبقى عن الاثر الضعيف من القوى ومثل هذه الاحوال التى تنتهى انتهاء محزنا بسبب الاحوال الشخصية الخصوصية للمريض المصاب لا يعد من الحميات المتقطعة الخبيثة

ثم ان من الحميات المتقطعة ما يكتسب صفة خبيثة بان تكون الظواهر المرضية الاعتيادية ذات شدة عظيمة اومدة طويلة جدا ومن ذلك الاحوال التى فيها يصير احتقان الطحال عظيما جدا بحيث يؤدى لتمزقه اوالتى فيها

يحصل

يصل دور القشعريرة الى درجة شديدة جدا بحيث يحصل فى الدورة عوق عظيم خطر وكذلك التى فيها لا ينتهى دور الحمى بعد ست ساعات او عشر بل يستمر ار بعا وعشرين ساعة وازيد من ذلك فيخلفه هبوط عظيم جدا وكذلك التى فيها يتمد بعض الادوار امتدادا عظيما فائق الحد والظاهر انه يجوز عد بعض احوال الحمى المتقطعة الخبيثة المعبر عنها بالخدرية من هذا القبيل فانه لا يوجد فى هذا النوع مضاعفة مرضية بل ارتقاء عظيم فى الظواهر المرضية الاعتيادية فانه فى أحوال الحمى المتقطعة البسيطة الاعتيادية يحصل ارتقاء عظيم فى درجة حرارة الجسم كما يكاد لا يشاهد ذلك فى غير هذا المرض من الامراض وانما السبب فى تحمل المرضى لها بدون خطر على الحياة انما هو قصر الزمن الذى تمكث فيه الحرارة مرتفعة وفى جميع الامراض التى فيها درجة الحرارة تجاوز جدا الحد الطبيعى او التى تمكث فيها مدة مستطيلة فى درجة مرتفعة تظهر علامات الضعف العظيم ثم شلل القلب وهذه الاعراض التى تكون هى الواصفة لاشكال الحميات المتقطعة الخبيثة الخدرية فكأن الخدر العميق الذى تقع فيه المرضى فى الحمى المتقطعة الكوماوية اى الخدرية والهذيان الذى يسبق الخدر يذكرنا الظواهر المرضية التى تشاهد فى التيفوس والحصبة الخبيثة وغير ذلك من الامراض التسممية المصحوبة بحمى شديدة وفى غالب هذه الاحوال اذا حصل الهلاك لا يوجد فى الدماغ تغيرات تشريحية واما الحمى المتقطعة الجليدية ففيها تضعف ضربات القلب شيأ فشيأ ويصغر النبض ويتجمع الدم فى المجموع الوريدى فيحصل السيانوز وحرارة ظاهر الجسم تتعادل مع ما يحيط به من الاوساط فان فقد الحرارة عند عوق الدورة ووقوفها فى ظاهر الجسم لا يستعاض ثانيا بورود دم شريانى حار فيبرد جسم المرضى وبالاختصار تحصل ظواهر الشلل الحاد من القلب التى تظهر من شدة ارتقاء الحمى ويوجد ولا بد فى هذه الاشكال الثقيلة من الحمى المتقطعة تجمع كمية عظيمة من كرات بجمنتية فى الدم لكن وجود الميلانيميا مع سير الحمى المتقطعة الثقيل لا يلجأ نا للقول باعتبار هذا الاخير نتيجة للاول فقد ذكر المعلم فريركس عدة احوال وجد فيها

الميلانيا فى جثة الهالكين بالحميات المتقطعة مع ظواهر دماغيـة ثقيلة الكن لم يجد فيها مادة ملونة بجمنتية فى أوعية الدماغ نفسه وقد شاهدت حالة تشابه ماذكر

ومن جملة الحميات المتقطعة الخبيثة الخدرية الاحوال التى ينتج فيها عن كل من الاحتقان الشديد والانزفة والالتهابات والاضطرابات الدورية الناشئة عن انسداد الاوعيـة الشعرية بواسطة التراكمات البجمنتية فى الاعضاء المختلفة سير خبيث لهذا المرض ومما يقرب للعقل ان هـذه الاضطرابات الغذائيـة والدورية فى الاعضاء العصبية المركزية هى التى ينشأ عنها النوب الجنونية والسكتية والصرعية والتيتنوسـية التى تضاعف احيانا النوب الحمية وتؤدى الى تميـيز الحمى المتقطعـة الخبيثة الى جنونيـة وسكتية وصرعية وتيتنوسيـة والالتهاب الشعبى النزلى المتفاوت الشدة الذى يثور فى اثناء كل نوبة حميـة ويحط مدة الفـترة يكون مضاعفة للحمى المتقطعة بكثرة وان لم يكن خطراجـدا وينـدران تكون الحمى المتقطعة الخبيثة الخـدرية رئوية أو بلوراوية أو مصحوبة بالنفث الدموى المتقطع وفى كثير من أحوال هـذه الحمى المتقطعة يحصل اليرقان وقد يؤدى الافراز المعوى الشديد والاسهال الغزير أو القىء الشـديد الى تكاثف فى كتلة الدم فتصير نوب الحمى مشابهة بالكلية للدور الجليدى من الهيضة الهندية او الآسية وقد يحصل فى بعض احوال هـذا المرض نزيف معوى غزير متقطع (فقد شاهد المعلم فريركس فى احدى وخمسين حالة من الحمى المتقطعة الخبيثة سبعة عشر مصحوبة باسهال غزير وثلاثة بنزيف معوى غزير) وليس من الاكيد فى جميع الاحوال معـرفة كون الافـراز والنزيف المعويين المذكورين حاصـلا من الاحتباس الشديد الذى يتكوّن فى الاوعيـة المعوية من انسـداد الاوردة الكبدية بواسـطة السـدد البجمنتية ام لا وبالجمـلة فلنذكر مضاعفة الحمى المتقطعة باصابة الكلاء وتتضح بالبـول الزلالى اوالدموى وبانقطاع البـول فى الاحوال الثقيلة وفى الاحدى وخمسين حالة التى شاهـدها المعلم المذكور وجد البول الزلالى عشرين مرة وانقطاعه خمس مرات

ثم ان الحميات المتقطعة الخبيثة وان كثر حصولها فى الجهات الاجامية من البلاد الحارة الا أنه لا يندر مشاهدتها عندنا فى الجهات التى يوجد فيها السم الاجامى بشدة فتشاهد منفردة فى جميع الاوبية العظيمة من الحميات المتقطعة وصفتها الخبيثة تتضح اما ابتداء أو فى النوبة الثانية أو الثالثة أو بعد ذلك وكثيرا ما تصير الفترات بعد ظهور الظواهر الخدرية الخبيثة غير واضحة بالكلية بحيث يعسر التشخيص جدا بل يتعذر فاغلب المرضى فى الاوبية التى شاهدها فريركس كانت ترسل فى المارستان مشخصة بانها أحوال تيفوسية

﴿ ثالثا الحميات المتقطعة الخفيفة او المبرقعة ﴾

القاعدة العامة ان التسمم بالميازما الاجامية ينشأ عنه الحمى المتقطعة لكن قد يشاهد احيانا بعض استثنا آت من ذلك وهو انه ينشأ عن هذا التسمم بدلا عن نوب الحمى المتقطعة المرعبى تكون نوبه منعزلة عن بعضها بانحطاط منتظم يشبه فترات الحمى المتقطعة البسيطة وهذا الاختلاف منبهم علينا وان كان ذلك حاصلا بالنسبة لنوب الحمى المتقطعة ولو البسيطة فان توجيه حصولها خفى ايضا والآلام العصبية المتقطعة الناشئة عن التسمم الاجامى المسماة باحوال الحميات المتقطعة المبرقعة تصيب بالاكثر الفرع فوق الحجاج وينذر ان تكون مصيبة لباقى فروع التوءمى الثلاث او غيره من التفرعات العصبية ولا حاجة لذكر نوب الآلام وشرحها فانها لا تخالف نوب الآلام العصبية الناشئة عن سبب آخر والظاهر ان هذه النوب تصطحب غالبا بحمى خفيفة تدرك بالترمومتر كما يظهر أيضا انه فى بعض الاحوال النادرة قد تنشأ اضطرابات فى الاعصاب الدماغية الشوكية او الوعائية بتأثير السم الاجامى كالاستازيا المتقطعة اى تناقص الاحساس المتقطع والشلل والاختلاجات والاضطرابات العقلية واحتقان الاعضاء المختلفة واوذيماها بل ذكر بعضهم تغيرات التهابية مترددة كالنزلات الشعبية والذبحات والحمرة الوجهية والرمد واليرقان واعتبرها اشكالا اجامية مبرقعة

﴿المعالجة﴾

المعالجة الواقية من هذا المرض تستدعى كون الحكومة المحلية تعتنى وتهتم فى ازالة الاسباب المرتب عنها تكوين الميازما الاجامية بواسطة وسائط صحية عمومية وذلك بتجفيف المستنقعات الاجامية المتسلطن بجوارها الحميات المتقطعة تسلطنا وطنيا واعمال الجسور اللازمة لحفظ الاماكن المستبحرة اعنى المنخفضة وماعدا ذلك يلزم المقيمين فى تلك الجهات قليلا او كثيرا التمسك ببعض الوسائط الصحية التى هى أجود من استعمال اى جوهر دوائى ويحفظ من التأثير المضر للسم الاجامى وقد نبه المعلم هوسكا فى تأليفه على الامراض الباطنية مرتكنا الى تجارب شخصية تأكيدة على انه يجب على من اقام بالبقاع الاجامية او الذاهب اليها التمسك بالاحتراسات الصحية الآتية وهى ان يتبع بمجرد قدومه اليها بدون تأخير نوع معيشة سكانها فيشرب من مشروباتها الروحية وخلافها كالقهوة والشاى والليمونات بحسب الاماكن ويتعاطى اغذيتها المتبلة بالافاويه ويتجنب الاكل بكثرة فى المساء ولا يشرب الماء العذب الا بعد تنقيته او اضافة قليل من النبيذ اليه وان تكون ملابسه بحسب اوقات النهار ودرجة حرارته واجتناب تأثير الهواء البارد فى وقت المساء بالملابس المدثرة وحفظ شبابيك محل النوم ليلا مغلقة وانتخاب مسكن عال بعيد عن المستنقعات الاجامية واجتناب تأثير الرطوبة وبلل الملابس والتباعد عن التدبير الصحى وعن الامور المضرة حتى لا يعترى الشخص مرض آخر يزيد فى استعداده لتأثير السم الاجامى والتوقى من بعض الامور المخصوصية كتعاطى الاثمار واللبن والاستحمام فى النهر والبحار سيما عقب غياب الشمس وعدم المكث بكثرة بجوار المستنقعات الاجامية والاكثر خطرا النوم فى ساحة الاطلاق واما بالنسبة للاغراب القادمين الى المحال الاجامية فالاجود انتخاب الفصل الذى تقل فيه الاصابات الجديدة كفصل الشتاء فى المناطق المعتدلة ومتى جبر الشخص على التعرض لتأثير السم الاجامى فمن الجيد استعمار الكينين كواسطة واقية بمقادير صغيرة كل يوم او بمقدار عظيم كل أسبوع

وَامامعالجة النوبة الحية فانها تكاد تقتصر على الالتفات الى التدبير الصحى ففى شوهدت علامات القشعريرة الابتدائية ينبغى للمريض المكث فى فراشه والتنبيه على اهله بعدم الثقل فى الغطاء فان كثرته لاتجدى نفعا فى تدفية الجلد فضلا عن عوقها الدورة الجلدية والتنفس زيادة عن اضطرابهما وان كانت القشعريرة شديدة جدا ينبغى دلك الجلد بواسطة قطع من الصوف مدفئة مع وضع زجاجات ممتلية من الماء الساخن فى الفراش وأما تعاطى المشروبات الفاترة فانه لايلطف احساس المريض بالبرد ولايزيد حرارة الاجزاء الداثرية من الجسم المتناقصة ولوكانت حرارة الدم مرتفعة جدا ومع ذلك لامانع من اعطاء المريض بعض فناجين من منقوع عطرى ساخن كالشاى مع عدم مجاوزة الحد وان حصل فى اثناء دور القشعريرة قىء شديد لزم استعمال المسحوق الغازى (المصنوع من بيكربونات الصودا مع حمض الليمونيك) وان لم يثمر ذلك يعطى بعض نقط من صبغة الافيون واما ان حصل للمريض هبوط وانحطاط شديدان مهددان وجب اعطاؤه بعض المنبهات كالقهوة والنبيذ القوى والكافور والاثير ممزوجا بقليل من صبغة الافيون مع دلك الجلد ووضع بعض اللبخ الخردلية واما فى دور الحرارة فينبغى استعمال تدبير صحى مبرد كالتدثير اللطيف بالغطاء واعطاء مقدار صغير من المشروب المبرد وعند وجود ظواهر احتقان شديد فى الرأس تستعمل الوضعيات الباردة او الجليدية على الرأس او استفراغ دموى موضعى عند الاقتضاء ولايلتجأ الى الفصد العام الافى الاحوال الضرورية جدا فانه فضلا عن كونه ينشأ عنه هبوط مهدد لايجدى نفعا الافى النادر وعوضا عن ذلك يستعمل فى مدة نوب الحميات المتقطعة الخبيثة مع الاستفراغات الدموية الموضعية والمحولات القوية المركبات الافيونية واما دور العرق ففى اثنائه ينبغى المكث فى الفراش ولاداعى لوسائط مخصوصة فان الافراط لتحريضه لامنفعة فيه البتة وبعد انتهاء هذا الدور يلزم للمريض التجرد من ثيابه ولبس غيرها

واما المعالجة فى اثناء الفترات فالقصد منها عدم رجوع النوب الحمية باستعمال الكينين فيعطى منه مالم يكن ثم مانع من اعطائه خلاف انقطاع

النوب فان رأى الاقدمين القائل بانه من الجيد للمريض ان يكابد عددا معلوما من النوب ولا يسوغ قطع الحمى المتقطعة الا بعد النوبة الثالثة أو الخامسة أو السابعة مبنى على تعقلات فاسدة فانه كلما تخلص المريض من النوب الحمية بسرعة كان أجود له واما الحالة المرضية للغشاء المخاطى المعدى التى كثيرا ما توجد بعد النوب الابتدائية من هذه الحمى فتمنع من استعمال كبريتات الكينين وحينئذ فمن الجيد مقاومة هذه الحالة وازالتها بالمعالجة اللائقة قبل استعمال ملح الكينا المضر بالمعدة خصوصا فى الاحوال البسيطة الاعتيادية وكثيرا ما لا يلتفت الى تشخيص النزلة المعدية او التلبك المعدى فى اثناء معالجة الحميات المتقطعة فتستعمل المقيئات مع الافراط وعدم الاحتراس فان بعض الاطباء يزعم ان من اللازم ابتداء معالجة هذا المرض باعطاء مقىء وبعضهم يستعمل ملح النوشادر حتى تصير تغطية اللسان سميكة ثم يعقب ذلك بالمقىء لاجل استعداد الجسم لاستعمال الكينين حسب زعمهم ونحن نقول انه لا يحسن مطلقا فى الابتداء اعطاء المقيآت الا عند وجود الدلالات التى بيناها لاستعمال هذه الجواهر الدوائية فى النزلات المعدية فان كانت المرضى متباعدة عن التدبير الصحى فى ابتداء اصابتهم بهذه الحمى وكانت معدتهم ممتلئة بالمطعومات قبل النوبة بقليل ولم تنهضم وتحللت وفسدت وهيجت الغشاء المخاطى المعدى كان هذا سببا قويا لاعطاء المقىء وقد سبق الكلام موضحا على التمييز بين النزلات المعدية الناشئة عن سوء الهضم والمصاحبة لاغلب الامراض الحمية التى لا تستدعى استعمال المقيئات ولا تمنعنا من استعمال الكينين ومن منذ ما أوصى المعلم مايفر باستعمال الكينين بمقدار عظيم دفعة واحدة قل استعماله بمقادير صغيرة على مرار متوزعة على مدة الفترات حتى كادت تترك هذه الطريقة بالكلية وفى الغالب يكفى البالغين استعمال هذا الجوهر بمقدار عظيم مرة واحدة (اعنى ٦ دسى جرام أى عشر قمحات) لاجل قطع نوبة الحمى ويكفى فى حصول هذه الغاية عند الاطفال باعطاء ثلاثين سنتى جرام (يعنى خمس قمحات) فيعطى للصغيرين جدا من ١٣ الى ١٧ يعنى من قمحتين الى ثلاثة فكثيرا ما لا يحصل غالبا

الانوبة خفيفة جدا ثم تزول بالكلية والاجود اعطاء هذا الجوهر قبل النوبة التالية ببعض ساعات حتى يتأكد من تأثيره مدة الفترة واعطاء القليل منه مع التكرار لا يفضل الابعد تقايئ المقدار العظيم منه وعدم تحمل المعدة له فحينئذ يعطى منه فى مثل هذه الاحوال دسى جرام واحد اى قمحتان فى كل ساعتين مع التكرار حتى يصل مجموع تعاطى المريض من ثمانية ديسى جرام الى جرام (يعنى من اثنى عشرة قمحة الى خمسة عشر) والغالب استعمال هذا الجوهر على شكل سفوف اوحبوب (بان يؤخذ من سلفات الكينين ستة دسى جرام (أعنى عشر قمحات) ومن خلاصة الجنطيانا لتك ويمزج ذلك ويصنع اربع حبات اومحلولا بان يؤخذ من سلفات الكينين ٦ دسى جرام اعنى عشر قمحات ومن ماء الميلسا ٩٠ جراما (اعنى ثلاث اواق) ومن حمض الكبريتيك المخفف ٦ دسى جرام ومن الشراب البسيط خمسة عشر جراما أعنى نصف أوقية وهذا المحلول جيد التأثير جدا الا انه عسر التعاطى فان لم تحمل المعدة هذا الجوهر بأى شكل جاز اعطاؤه من المستقيم على شكل حقنة فانه اكيد كذلك (فيعطى من ٣ دسى جرام الى ٨) واما باقى املاح الكينين فلا تفضل عن سلفاته وانما ايدروكلورات الكينين سهل الذوبان عنه الا انه ثمين وأما الكينودين أو صبغته المستعمل عند الفقراء بسبب رخص ثمنه ويعطى منه ثلاث اضعاف الكينين فغيرا كيد التأثير ويعطى من هذه الصبغة من اثنى عشر نقطة الى خمسة عشر كل ساعتين اثناء الفترة اوملء ملعقة شاى قبل النوبة التالية بقليل ثم ان انقطاع نوبة الحمى بهذه المعالجة مرة واحدة يكاد على الدوام يعقبه انقطاع الثانية والثالثة بل وعدد عظيم منها ومع ذلك فمن الجيد الاستمرار على تعاطى مقادير صغيرة من هذا الجوهر بعض أيام خصوصا اذا لم يزل انتفاخ الطحال مع الوضوح وكلما عاد الطحال الى حجمه الطبيعى كلما قوى العشم بعدم حصول النكسات واما استعمال الكينين فى اليوم السابع والرابع عشر والواحد والعشرين والثامن والعشرين فقد بينا وجه رفضه فيما سبق فانه بهذه الطريقة كثيرا ما تحصل النكسات فى اليوم السابق على اليوم المعين لتعاطى هذا الجوهر والاجود تنبيه

المرضى بانه من الجائز حصول النكسات بعد الاسبوع الثانى أو الثالث
او الرابع ليكونوا على بصيرة وايقاظ بحيث اذا احسوا ببعض ظواهر الدور
السابق وخشى من حصول نوبة حمية يتعاطون حالا مقدارا عظيما من
الكينين وكل ذى ادراك من المرضى يمكنه بالالتفات الى ماذكر والاستيقاظ
الى هذه النوبة الواهية الاثرية التى تكاد تسبق النكسة التامة على
الدوام حفظ نفسه من حصول ذلك ورأى القدماء بتعاطى صبغة قشور
الكينا بدلا عن الكينين فى النكسات بقدر ثلاثين جراما اعنى أوقية
واحدة كل يوم قد ترك الآن وصار فى زوايا الاهمال وينبغى زيادة عن
استعمال الكينين او تكرره ايصاء المرضى باتباع جميع الشروط الصحية
التى نبهنا عليها عند الكلام على المعالجة الواقية وان سمحت حالة المرضى
بترك المحل المتسلطن فيه الحمى قدر ست اسابيع او ثمانية فينبغى
ايصاؤهم بذلك وهذه الاحتراسات لا تمنع كما تقدم من استعمال الكينين
ثم ان ظهر عند المرضى حالة سوء القنية الاجامى المزمن المسمى بالكاشكسيا
الاجامى وبالتسمم الاجامى المزمن يؤمرون باستعمال قدر نصف قدح من
نبيذ الكينا مرتين فى النهار مع تدبير غذائى مقو بان يؤخذ من صبغة
الكينا ثلاثون جراما أى أوقية ومن صبغة قشر القرفة أربعة جرامات
(اى درهم واحد) ومن اكسير هللير الحمضى ثمانية جرامات (اى درهمان)
على زجاجة من النبيذ الاحمر او يعطى للمريض قدر ملعقة شاى ثلاث مرات
أو اربعة من صبغة الكينا المركبة المعروفة بالاكسير المقوى لويت ويضم
لهذا المركب مقدار عظيم من الاستحضارات الحديدية وهذه الطريقة
لها منفعة عظمى فى غالب الاحوال بحيث ان الاستسقاء ولو عظيما متقدما
يزول بدون استعمال وسائط مدرة للبول فان لم تنجح هذه الطريقة وجبت
المبادرة بتغيير المحل الذى فيه المرضى ولو يترتب على ذلك صعوبة عظيمة
بالنسبة لاحوال معيشتهم

وهذه الطريقة العلاجية تكاد تكفى فى جميع الاحوال لشفاء الحمى المتقطعة
البسيطة وأما التجارب العلاجية بواسطة جواهر عوضا عن الكينين
كحمض الصفصافيك وصفصافات الصودا والصفصافين وحمض الفينيك

والفلفلين

والفلفلين وملح الطعام ونحو ذلك فلم تجد نفعا وانما الذى شوهدت منفعته أحيانا عند عدم تمام نجاح الكينين هو صبغة الاكليتوس (المعروفة بشجرة الكافور) بمقدار نصف ملعقة شاى الى ملعقة أو اثنتين جملة مرات فى النهار والجوهر الوحيد المضاد للحمى المتقطعة والطارد لها خلاف قشور الكينا ومركباتها ويركن اليه نوعا هو حمض الزرنيخ على شكل صبغة فوليه بان يعطى منها مدة الفترات من أربع نقط الى ستة ثلاث مرات فى النهار ولا يجوز استعمال الزرنيخ مع وجود الكينين الا كيد وغير الخطر الا فى احوال استثنائيه لا يثمر فيها ولو بمقدار عظيم واكثر استعمال الزرنيخ يكون فى الآلام العصبية التى تظهر على شكل الحميات المبرقعة وفى الحميات المتقطعة التى تستعصى على الكينين بشرط أن يعطى بمقادير صغيرة تزداد شيأ فشيأ مع الالتفات الى حالة القناة الهضمية فان لم تتحمله المعدة يستعمل بالحقن تحت الجلد

وأما معالجة الحميات المتقطعة الخبيثة فالمهم فيها منع حصول النوب مرة ثانية ففى هذا الشكل بقطع النظر عن الوسائط العلاجية التى تستدعيها الظواهر العصبية لا ينتظر حصول الفترة التامة حتى يستعمل الكينين بل ينبغى اعطاؤه حالا متى حصل بعض انحطاط فى الظواهر المرضية بمقدار عظيم جدا أعنى من واحد جرام ونصف الى اثنين (اعنى من عشرين قمحة الى ثلاثين) واكثر وان لم يكن للمريض قدرة على ازدراده يعطى له على شكل الحقن من المستقيم او وهو الاجود بالحقن تحت الجلد والافضل فى ذلك ثانى كبريتات الكينين او ايدروكلوراته او وهو الاجود على حسب تجاربنا فى الاحوال الخبيثة التى عالجتها مع النجاح بمصر ايدروبرومات الكينين وتحل هذه الاملاح اما فى الماء المقطر او فيه مع الجلسرين ويحقن بها فى كل مرة بقدر واحد سى جرام الى اثنين مع التكرار على حسب شدة الحالة وخبثها

وفى الحميات المتقطعة المبرقعة يكاد يصح تأثير الكينين كنجاحه فى الحميات المتقطعة البسيطة ومع ذلك فالظاهر أن تأثيره هنا ملطف عرضى حيث لا يقى من النكسات بالكلية

﴿المبحث الرابع عشر﴾
(فى الحميات الاجامية المترددة والمستمرة)
﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

أما الحميات الاجامية المترددة فانها تشاهد بالاكثر فى الاقطار الحارة غير انها تشاهد عندنا فى أوروبا على شكل احوال افرادية فى البقاع المتسلطن فيها الامراض الاجامية تسلطنا وطنيا والازمنة التى فيها تتسلطن اوبئة الحميات المتقطعة ولذا لا يسوغ عد الحميات المترددة فى بلادنا من الامراض الغريبة الآتية من الخارج وتركها بدون شرح فنتبع فى شرحها ماذكره المعلم جرسنجر فنقول

كون الحميات الاجامية المترددة انما تنشأ عن التسمم الاجامى يستنتج أولا من وجودها فقط فى المحال التى يعرف من صفات أرضها واقليمها ومن وجود عدد عظيم من الحميات المتقطعة فيها انه متسلطن فيها ولا بد سم اجامى شديد جدا كما يستنتج ذلك ايضا من المشاهدات العديدة المثبتة على انتقال الحميات المترددة الى متقطعة وبالعكس وانه كلما كانت أوبئة الحميات المتقطعة المتسلطنة كثيرة الثقل كلما كثر وجود المترددة

﴿الصفات التشريحية﴾

اما الصفات التشريحية للجثة فى الحميات المترددة فانها من حيثية سوء القنية الميلانيمى تطابق الصفات التشريحية فى الحميات الاجامية الخبيثة واقل ماهنالك انه فى جميع الجهات التى يكون فيها تسلطن الحميات المترددة وطنيا يوجد التلون الجمنتى الداكن لكل من الجوهر القشرى للدماغ والتلون المسود لكل من الطحال والكبد وزيادة عن هذه التغيرات التى لا تكون قارة دائما يوجد فى الجثة اثر اليرقان المتفاوت الشدة غالبا مع انسداد فى المسالك الصفراوية اوبدونه كما انه يوجد اثر التغيرات الالتهابية النزلية الدفتيرية ويندر وجود انسكابات دموية فى المعدة وسدد دموية فى الرئتين والتهابات رئوية فصيصية

﴿الاعراض والسير﴾

قد ميز المعلم جرسنجر للحميات المترددة ثلاثة اشكال اولها وهو الشكل

الخفيف يتحدد سريعا باضطراب عمومي ثقيل وحمى شديدة وحالة معدية ثقيلة ثم ينضم لذلك انتفاخ في الطحال بسرعة و يرقان خفيف مع تبرز غير منتظم ولا متلون وطفح هربسي شفوي وكل من انحطاط المرضى وآلام الرأس والاطراف والدوار وطنين الاذنين والرعاف وظواهر الالتهاب الشعبي يذكرنا الصفة المرضية لابتداء الحمى التيفوسية لكن الحمى تظهر من الابتداء الصفة المترددة فيعقب الثورانات التي تكون في الابتداء غير منتظمة ثم تصير منتظمة وذات طرز نوبي انحطاطات واضحة وهذه الانحطاطات التي يظهر في اثنائها عرق غزير وفترة عظيمة تستحيل فيما بعد الى تقطعات تامة بحيث يخالف الحمى المترددة حمى متقطعة بسيطة وفي غير ذلك من الاحوال ينتهي هذا المرض بالشفاء بدون هذه الاستحالة مع تناقص تدريجي في الظواهر المرضية ومدة المرض تكون حينئذ من بعض ايام الى ثلاثة اسابيع

ثانيا وهو الشكل الثقيل فان الحمى فيه تكون شديدة للغاية والانحطاط لايكون واضحا الا في ابتداء المرض وفيه الاضطراب العام يشابه التيفوس الثقيل فالمرضى تقع في حالة خدر عميق وهذيان ويجف اللسان و ينتفخ الطحال وينضم لذلك ظواهر يرقانية غالبا اواعراض دوسنطارية اوالالتهاب الربوي المضاعف وغير ذلك وفي بعض الاحوال قد ينضم لذلك ظواهر الاحوال الخبيثة للحمى والمرض حينئذ تكون مدته من ثمانية ايام الى اربعة عشر وعند انتهائه بالشفاء يستحيل الى حالة الحمى المتقطعة البسيطة غالبا وقد يحصل الموت فجأة بظواهر الحمى المتقطعة الخبيثة

ثالثها وهو الشكل الثقيل جدا فانه يسير بظواهر حمى غير واضحة ولا منتظمة في ثوراناتها وانحطاطاتها مع هبوط وضعف واضحين جدا فتنحط قوى المرضى بسرعة وتقع في هبوط تام وينضم لذلك اعراض اضطرابات غذائيه ووظيفية في جميع الاعضاء تقريبا بحيث تنشأ أشكال مرضية متنوعة فكثير من المرضى من يعتريه يرقان ورعاف اوقئ دموي او بول زلالي أوانقطاع البول وظواهر شبيهة بالهيضة اوالدوسنطاريا وكل من الطحال والكبد ينتفخ جدا ويكون بكثرة محلا للالتهاب وتقيح وكذا

الاغشية المصلية والريتان قد تتكون فيها انسكابات التهابية واما سطح الجلد الظاهر فقد يحصل فيه نمش اوغنغرينا وضعية اوغنغرينا اخرى والغالب حصول الموت فى هذه الاحوال بظواهر السبات اوالتشنج اوبظواهر الحمى المعروفة بالجليدية

﴿المعالجة﴾

ينبغى فى الاحوال الخفيفة من الحميات المترددة تبعا للمعلم جرسنجر مقاومة الاصابة الحادة للغشاء المخاطى المعدى المعوى بواسطة الحمية القاسية والحوامض اوالمسهلات والمقيئات ان اقتضى الحال ذلك ولا يعطى الكينين فى مثل هذه الاحوال الابعد اتضاح الانحطاط والثوران الحمى وابتداء الاخيرة بقشعريرة مع مراعاة المضاعفات الاخرى ومعالجتها بما يليق بها فانها لا تزول باستعمال الكينين على حدته واما فى الشكل الثانى والثالث من هذا المرض فالاهم اعطاء سلفات الكينين بمقدار عظيم ابتداء ودواما حتى تتحسن حالة المرضى ومع ذلك تعالج الظواهر العصبية معالجة عرضية كما بيناه فى معالجة الحمى الخبيثة

﴿المبحث الخامس عشر﴾

(فى العرق الدخنى المعروف بالحمى الدخنية)

كثير من المؤلفين سيما الالمانيين قد انكر وجود الحمى الدخنية كمرض مخصوص اى قائم بنفسه فان المعلم هبرى لم يسلم ان الحمى الدخنية مرض ذو انتشار جغرافى قاصر جدا وان أوبئة هذا المرض تكون منفصلة عن بعضها بازمنة مديدة ولعدم مشاهدته هذا المرض ولو مرة واحدة قال بعدم وجوده راسا وماقاله هذا المؤلف من كونه لا يوجد مرض حمى الا ويحتمل وجود حويصلات دخنية جية فيه وان كلا من هجوم التسمم الاجامى وسيره طبقا المشاهداته لا يكون مطلقا مصحوبا بظواهر مرضية مطابقة لشرح الحمى الدخنية لا ينبنى عليه الا كون الطفح الدخنى لا يصلح ان يكون واصفا ولا مشخصا للمرض الذى نحن بصدده ولا ينافى ماهو ثابت ومحقق عن كثير من مشاهير المؤلفين من انه يوجد زيادة عن التيفوس والروماتيزم المفصلى الحاد والحمى النفاسية وغيرها من الامراض الحمية التى تشاهد

فى أثناء سيرها طفح دخنى شكل مرضى مخصوص يشاهد من جملة اعراضه عرق غزير جدا وطفح من حويصلات دخنية بكثرة جدا زيادة عن غيره من الامراض وتسمية الحمى الدخنية بذلك على حسب العرض الملازم والكثير الوضوح فيها يطابق تسمية جميع الامراض التى لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مرضية فى عضو مخصوص من الاعضاء

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الحمى الدخنية تعد من جملة الامراض التسممية العامة ولا بد فان كلا من ظهورها الوبائى المحض وعدم تعلق اوبيتها بالمؤثرات الجوية وغيرها من الاسباب غير الصحية وعدم وجود تغيرات مخصوصة عند فعل الصفات التشريحية ولو كانت قليلة يجعلنا لاعتبار هذا المرض من الامراض التسممية كالامراض التسممية الطفحية الحادة وغيرها من الاشكال المرضية الناشئة عن تسمم الجسم باصل مسم نوعى آلى الطبيعة على غلبة الظن وهل هذا الاصل المسم النوعى يتولد ويتكاثر فى جسم المريض وينتقل الى غيره من الاشخاص وبعبارة أخرى هل العرق الخبيث يعد من الامراض المعدية التسممية ام لا والظاهر ان جميع التجارب المفعولة لتلقيح المادة المأخوذة من الحويصلات الدخنية لم تنجح فمن هذا الامر واقتصار هذا الداء على بعض بقاع محدودة يقرب للعقل انه ليس معديا بل ميازماتيا أى ناتجا عن اصل مسم يتكون خارج الجسم ولا ينمو ويتكاثر فى الجسم المريض

ثم ان المعلم هرش الذى بذل الجهد فى البحث بالدقة عن هذا المرض بحثا تاريخيا وجغرافيا وباتولوجيا بالنسبة لانتشاره الجغرافى ولتأثير الفصول وغير ذلك من الاسباب المحدثة لوباء هذا المرض ذكر انه يقل وجود امراض مثل هذا المرض يكون قاصرا فى انتشاره على بقاع ضيقة فان الاقطار التى يوجد فيها هى فرانسا وجزء المانيا الجنوبى الغربى وايطاليا فهو وان شوهد فى العصر الاخير اقتصاره على بعض بلاد هولنده ومتوسط المانيا وشمالها واسبانيا فى العصر الاخير الا انه الى الآن لم يشاهد انتشاره فى جميع أوروبا وغيرها من اقسام كرة الارض شرقا وغربا وجميع الاوبية المعلومة يظهر

خمسة اسداسها فى فصل الربيع والصيف وظهور هذا المرض فى فصل الخريف نادر وأما فى فصل الشتاء فيكون اكثر الا انه كاذكر قليل الانتشار دائما ولا يناط ظهوره بحالة تكدر الجو واضطرابه ولا بصحوه فان اوبيته قد شوهدت فى وقت اعتدال الربيع وفى حرارة الصيف واكثر مشاهدة أوبية هذا المرض يكون عند تسلطن الاحوال الجوية المتصفة بحرارة معتدلة ورطوبة عظيمة والظاهر ان البقاع الاجامية لا تعين على حصوله مثل الاماكن القحلة الجافة وظهور هذا المرض دون باقى الامراض التيفوسية الانتشارية قليل الحصول فى المدن العظيمة المتراكم فيها عدد عظيم من الناس بل الظاهر ان يحصل بكثرة فى البقاع والخلوات المحدودة ومجامع الاسواق ونحو ذلك وقد ذكر بعض الاقدمين من الاطباء وتبعه المعلم شونلين فى العصر الاخير ان المياه التى ينقع فيها الكتان تساعد على تكون الميازما الدخنية

وبالنسبة لاحوال المعيشة التى شوهد انها تهيئ للاصابة بهذا الداء عند تسلطنه تسلطنا وبائيا هى اصابته لاقوياء البنية المتوسطى السن والنساء خصوصا الحوامل والنفساء والاطفال الرضع اكثر من الرجال وما عدا ذلك فالظاهر انه ليس له ادنى تأثير فى التهيئ للاصابة به ثانيا وان الفقراء الذين يغلب عليهم الاصابة باغلب الامراض الوبائية لا تكون عرضة للاصابة بالعرق الدخنى مثل الاغنياء

﴿الصفات التشريحية﴾

جميع المؤلفين الذين شاهدوا هذا المرض يذكرون التعفن الرمى السريع السير لجثة الهالكين به وفيه لا يكون الدم محتويا على تعقدات ليفية ويكون مائعا اذا لون داكن وكل من العصا يا الدماغية والجيوب الوريدية يكون كثير الامتلاء بالدم والمادة المصلية احيانا تكون متزايدة فى الجيوب الدماغية ويشاهد الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية محمرا وبندران يوجد فى الرئتين بؤرات التهابية والقول بانه يوجد احيانا على الغشاء المخاطى المعوى حويصلات شبيهة بحويصلات العرق الدخنى لم يثبت الى الآن ويكون الطحال منتفخا لينا والكبد محتويا على كثير من الدم فتطابق

بالحكلية الصفات التشر يحيه هذا الصفات التشر يحية التي تشاهد في الامراض الطفحية الحادة

﴿الاعراض والسير﴾

قد يسبق هجوم هذا المرض احيانا بظواهر سابقة غير واصفة وهي عبارة عن تشك بتعب وتكسر في الاطراف وآلام في الرأس واضطراب في الهضم والشهية

والغالب هجوم هذا المرض بغتة بدون ظواهر سابقة فالمرضى التي تكون آوت الى فراشها في المساء مع تمام الصحة والراحة تستيقظ اثناء الليل مغمورة في العرق الذي يندر ان يسبق بقشعريرة خفيفة وتشتكي بانقباض تشنجي مؤلم في القسم الفؤادي وضجر وقلق عظيمين جدا ويكون وجهها محمرا وجلدها ساخنا والنبض سريعا والبول قليلا متركزا والعطش لايكون متزايدا جدا وكثيرا ماتشتكي ايضا بآلام في الرأس واحساس بانقباض وتوتر في القفا وبعضها يشتكي بدوار في الرأس وطنين الاذنين وخفقان وآلام تشنجية في الاطراف تشبه مايشاهد في الهيضة الآسيوية وينضم لذلك عرض واصف وهو الاحساس بخدر وتنمل في الاطراف خصوصا في الاصابع وباقي المحال في الجسم التي يظهر فيها الطفح فيما بعد بكثرة والعرق يكون غزيرا جدا بحيث تبتل منه ملابس المريض وفراشه حتى ينقع منها احيانا وقد ذكر بعض المؤلفين ان رائحة العرق في هذا المرض تكون مخصوصة شبيهة بالقش المعطون او الخل العفن لكن من القريب للعقل ان هذه الرائحة انما تنشأ عقب تحلل العرق وتعفنه في الفراش وفي اليوم الثالث او الرابع من المرض يظهر الطفح الدخني مع ارتقاء الاعراض السابقة سيما ازدياد افراز العرق والاحساس بأكلان في الجلد وبعض هذا الطفح يظهر على شكل حويصلات صافية مائية ممتلئة بعرق شفاف يكون الجلد تحتها سليما جدا بحيث تشتبه بنقط مائية سائبة لكن الغالب ان يكون الطفح الدخني من نوع الحويصلات الدخنية التي هي في الحقيقة من نوع الطفح الاكزيماوي فان ارتفاع البشرة فيه لايكون بواسطة نقط متجمعة من العرق بل بمتحصل التهابي سائل وعلى حسب كون الحويصلات الدخنية

تارة تكون شفافة مبيضة صغيرة وتارة تكون متعكرة محاطة بهالة محمرة تميز هذه الحويصلات الى دخنية مبيضة ومحمرة وقد يكون النضح السائل المصاحب للاحتقان حول أجربة العرق قليلا جدا بحيث لا تشاهد حويصلات واضحة بل حلمات صلبة (فيظن انها أكزيما حلمية) وفي مثل هذه الاحوال يكون لهذا الطفح مشابهة عظيمة بالطفح الحصبي واما اذا كان النضح منسكبا على سطح الجلد فان الحويصلات الدخنية تصير عظيمة جدا بحيث تشابه الجدري المائي ثم ان ابتداء الطفح يحصل على جانبي العنق والجهة العليا المقدمة من الصدر ومنها يمتد الى البطن والظهر ثم الذراعين ثم الفخذين ويندر امتداده الى الوجه وفروة الرأس وظهور الطفح يحصل اما دفعة واحدة بحيث يتغطى جميع الجسم بالحويصلات الدخنية في قليل من الساعات اوتدريجيا فيصاب جزء من الجسم عقب الآخر والنوع الاخير من الطفح هو الغالب والدفعات الطفحية الجديدة تسبق غالبا أيضا بثوران في الظواهر المرضية سيما افراز العرق والاحساس بالاكلان في الجلد

وقد لا يظهر الطفح الدخني ولا يتضح وهذه الاحوال لا تشابه الاحوال النادرة في الحصبة والقرمزية بدون طفح والتيفوس البطني بدون التغير المعوي الخاص فان الطفح الدخني يظهر انه نتيجة تابعة لازدياد افراز العرق ازديادا عظيما جداً وان هذا الاخير هو العرض الواصف والمشخص لهذا المرض واما اصطحابه بحويصلات دخنية اوعدم اصطحابه بها فهذا منوط بحساسية الجلد كما يحصل عند تأثير الاشعة الشمسية على الجلد اودلكه بالمرهم الزئبقي فمن جهة يتعلق بشدة تأثير السبب ومن جهة أخرى بدرجة حساسية الجلد بحيث تحصل الاكزيما الشمسية او الزئبقية أولا

ثم ان كان سير هذا المرض جيدا تناقص افراز العرق الغزير وامتنع حصول طفح دخني جديد بعد ان تكتسب الحمى وغيرها من الظواهر المرضية سيرا مترددا بل احيانا متقطعا وكذا يزول كل من الضجر والاحساس بالاكلان في الجلد والم الرأس وفقد الشهية ثم تزول الحمى بالكلية ويهدأ النوم ويكثر افراز البول وتجف الحويصلات الدخنية وتبتدئ نقاهة المرضى التي فيها تنفصل البشرة المذابة بالعرق والمنفصلة عن الادمة

بواسطة الحويصلات الدخنية على هيئة قشور النخالة أو اهداب صغيرة وقد يحصل فى اثناء النقاهة نكسات تظهر وتسير مثل النوب الاولى من الطفح وفى مثل هذه الاحوال قد يمتد المرض عدة اسابيع ويوقع المرضى فى نهوكة عظيمة بحيث لا تعود لقواها الا ببطء عظيم جدا

ثم ان القاعدة العامة ان سير هذا المرض جيد فى غالب الاوبية بحيث يشفى منه غالب المرضى بل جميعهم لكن قد توجد اوبية فيها يهلك به عدد عظيم من المرضى ولو بدون مضاعفات و يمكن حصول الموت فى كل دور من هذا المرض وقد نص كثير من المؤلفين على ان حصول هذا الانتهاء المحزن يكون بغتة اما بارتقاء ظواهر تعسر النفس جدا او باعراض شلل القلب والدماغ وفى بعض الاحوال قد يسبق هذه العوارض المحزنة فقد افراز العرق وانتقاع لون الحويصلات الدخنية وهذه احوال أدت الى القول بارتداع الطفح الدخنى نحو الاعضاء الباطنة ولو كان ذلك غير واضح التوجيه

ثم ان المضاعفات الكثيرة الحصول فى هذا المرض التى شوهدت فى أوبيته المشروحة بالدقة هى الذبحات الحلقية والالتهابات القلاعية والدفتيرية للفم و يندر تضاعف هذا المرض بالتهابات شعبية اورئوية وقد شوهد فى بعض الاوبية بدلا عن الامساك اسهال دوسنطارى وان استطالت مدته او اشتد كثيرا فى سيره ظهر عند المرضى احيانا سوء قنية نزيفى كما يشاهد فى الامراض الثقيلة المستطيلة المدة سيما التيفوس ونحوه من الامراض التسممية فيحصل رعاف غزير أو نزيف من الاعضاء التناسلية عند النساء فى غير زمن الحيض أو نمش فى الجلد ومما يتأسف عليه كون درجة حرارة الجسم فى العرق الدخنى لم تعرف مع التأكيد بواسطة ميزان الحرارة وذلك يوجب عسرا عظيما فى توجيه الظواهر المرضية توجيها فسيولوجيا فمثلا كيف يجاب عن الضجر وضيق النفس العظيم المختص بهذا المرض هل هو ناتج عن كثافة الدم بواسطة فقد العرق الغزير كما يحصل ذلك فى الهيضة الآسية التى شبهها هذا المرض بكثرة وعن عوق الدورة الشعرية الرئوية اوناتج من تولد الحرارة المتزايدة جدا بحيث يحصل

انشحان الدم بحمض الكربون الذى لا يمكن تعادله تعادلا تاما ولو كان التنفس فى هذا المرض غير معاق وفى الحقيقة يسوغ لنا بسبب تبريد الجلد العظيم جدا الذى يعترى الجسم عقب تبخير العرق ان نعتبر أن درجة الحرارة فى العرق الدخنى ترتقى ارتقاء عظيما مع فرض ارتقائها فيه كغيره من الامراض التسممية الحادة التى يبقى الجلد فيها جافا فان تبرد الجسم بواسطة تبخير العرق يحفظ المرضى من خطر ارتقاء درجة حرارة الدم ارتقاء عظيما الا انه لا يقيهما من انشحان الدم بحمض الكربون الذى هو نتيجة ملازمة لتولد الحرارة العظيم جدا وبذلك يمكن توجيه عسر التنفس والضجر عند المصابين بالعرق الدخنى توجيها كافيا وهل كذلك الخطر العظيم الناشئ عن انقطاع العرق بغتة مبنى على ارتقاء حرارة الجسم الى درجة عظيمة عند فقد التبريد الناشئ عن التبخير العرقى العظيم بحيث ترتقى الى درجة ينشل منها كل من القلب والدماغ فكل هذه الاسئلة لا يحسن الجواب عنها الا بعد الوقوف على معرفة أحوال درجة حرارة الجسم فى اثناء سير العرق الدخنى معرفة تامة كما فى التيفوس وغيره وتعداد الموتى بهذا المرض يبلغ من ٨ الى ٩ فى المائة وفى بعض الاوبئة الخبيثة من ٣٠ الى ٥٠ فى المائة

﴿المعالجة﴾

لا يمكن التكلم على الوسائط الواقية من العرق الدخنى والمانعة لانتشاره مادامت الامور المتعلق بها لم تكن معروفة بالدقة

وكثير من الاطباء يوصى باستعمال مقئ من عرق الذهب فى ابتداء هذا المرض لكن لا يتضح من المشاهدات المعروفة انه امكن قطع سيره بواسطة هذه المعالجة ولذا كان الاوفق قصر استعمال المقئ على الاحوال التى فيها يبتدأ هذا المرض باضطراب واضح فى الهضم ومع ذلك فاعطاء المقئ فى بدء الحمى الدخنية التى فى اثنائها يكون البطن معتقلا قليل الخطر عن اعطائه فى مبدء التيفوس لانه به يزداد الاسهال الحاصل من ابتداء هذا المرض ويرتقى الى درجة عظيمة جدا خطرة للغاية وأما الجواهر الدوائية المختلفة التى مدحت فى بعض الاوبئة بانها نوعية فلم تجد نفعا فى الاوبئة الاخرى وانما يظهر ان الكينين ذو تأثير جيد مضاد للحمى فى معالجة

العرق الدخنى ولذا يوصى بكثرة باعطا ٧ دسى جرام الى جرام واحد (أى من اثنتى عشرة قمحة الى خمسة عشر) كل يوم ولا يعطى فى الاحوال ذوات السير المتردد او المتقطع الواضح فقط بل كذلك فى ذوات السير المستمر أيضا متى ارتفعت الحرارة الى درجة عظيمة فانه استبان لمعظم المؤلفين فى هذا المرض ان خطره متعلق بارتقاء درجة الحرارة ارتقاء عظيما ولو لم يتحقق لهم ذلك بواسطة القياس بالترمومتر وان لم يقتض الحال استعمال السكينين يلزم استعمال الحوامض سيما حمض الكلورايدريك (حمض ملح الطعام) او حمض الفصفور يك مخففا بالماء تخفيفا كافيا ومما يعد من التقدمات العظيمة فى معالجة العرق الدخنى رفض الاعتقاد بلزوم تدفئة المرضى جدا خوفا من ارتداع العرق الدخنى فانه ان كان القول بان تولد الحرارة فى هذا المرض متزايد جدا وان شدة حرارة الجسم تتلطف بواسطة تبخير العرق على سبيل الحقيقة كان من الواضح ان زيادة تدفئة المرضى بواسطة الاغطية الثقيلة التى يسهل انشحان ما تحتها من الهواء بالرطوبة المائية فيمتنع كثرة تبخير العرق توقعهم فى خطر عظيم للغاية وحينئذ فاجود ما يوصى به هو تغطية المرضى بغطاء خفيف وتغيير هواء قاعتهم ومن جهة اخرى ينبغى الاحتراس الكلى من تعريض المرضى لتأثير تيار الهواء فان خطر البرد فى الحمى الدخنية فى اثناء افراز العرق الغزير اعظم منه فى غير هذا المرض من الامراض الحية

﴿المبحث السادس عشر﴾

﴿فى الكوليرة الاسية أو الهندية المعروفة بالهيضة﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

من الجائز بل القريب للعقل ان الهيضة الهندية تنشأ عن الميازما فى بلاد الهند التى فيها يتسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا وسواء كانت هذه الميازما الهيضية اعنى الجرثومة التى تظهر هنالك فى الارز المرمن أو غيره ام لا وسواء نتج عن هذا الداء تلف عدد عظيم من الاشخاص فى السنين المجتمع فيها الشروط المساعدة على نجاح هذه الجرثومة النباتية التى تتولد هنالك تولدا ذاتيا ام لا فلابد وان تلك الجرثومة الهيضية ليست وطنية ولا ذاتية

فى بلادنا فان جميع الاوبئة الهيضية الطارئة على بلادنا انما حصلت بانتقال تلك الجرثومة الغريبة الطفيلية النباتية على حسب الظاهر بواسطة المرضى المصابين بهذا الداء فوجدت اذ ذاك الشروط التى تساعد على نموها وانتشارها فحينئذ لا تحصل عندنا البتة حصولا ميازماتيا وليس لنا مقدرة على الحكم بان كان وجود هذه الجرثومة النباتية التى استكشفها كل من المعلم هالير وكلوب فى امعاء المصابين بالكوليرة وموادهم البرازية يثبت استكشاف جرثومة هذا المرض الحقيقة أم لا والسؤال عن انتشار الهيضة هل يكون بالعدوى أى باصل معد يرد بالنفى متى تمسكنا بالمعنى الحقيقى لهذا اللفظ فانه لم يحصل مطلقا ان شخصا سليما اصيب بالهيضة بملامسته لمريض مصاب بها لكن حيث جرت العادة باستعمال لفظ عدوى بكيفية عامة وتسمية بعض الامراض بالمعدية متى سرت من المرضى الى السليمين وان هذا الامر الذى نحن بصدده واضح للغاية فى هذا المرض ساغ عده من جملة الامراض المعدية والحامل للاصل المعدى للهيضة الهندية ليس التبخير الجلدى او الرئوى كما فى الحميات الطفحية الحادة والتيفوس الطفحى بل المواد البرازية الخارجة من المصابين بالهيضة فانه من الاكيد ظهور وابية هيضية شديدة فى بقاع عديدة مصونة عن هذا الداء الى وقت انتشاره فيها عند اتيان شخص اليها حامل لجرثومة هذا الداء فى امعائه واستعمل احد المراحيض او صبت فضلاته البرازية فى مراحاض من البقاع المذكورة فمثلا فى سنة ١٨٤٨ ميلادية قد حضرت ارسالية من العساكر الى مجدبورغ من بلدة تسمى استيتين وكانت الهيضة متسلطنة فيها فاصيب بهذا الداء اثنان من العساكر فى أول ليلة من وصولهما فوجها الى البيمارستان المعد للعسكر وكان بعيدا عن مسكنهما بدون ملامسة احد من سكان المنزل الذى كانا مقيمين به وعما قليل من الايام ظهرت الهيضة فى المنزل الذى باتا فيه الليلة المذكورة بل وفى الحارات القريبة منه وبعد بعض اسابيع انتشر وباء شديد فى هذه البلدة ويعسر اتباع سير هذا المرض وانتشاره فى المدن العظيمة العديدة المساكن وكثرة اصابته بخلاف الصغيرة القليلة المساكن

المتباعدة

المتباعدة المنازل وقد تيسر لى فعل مشاهدات دقيقة على انتشار الهيضة فى اثناء وباء صغير منتشر فى بلدة تسمى جريفس والد فانه امكننى تقريبا فى كل حالة اثبات ان المصابين استعملوا مراحيض من كان مصابا بهذا الداء او خفائر مختلطة بفضائر منازل المصابين او اشتركوا مع المرضى المصابين باسهال هيضى فى المراحيض ومن منذ ما علم أن الهيضة تسرى بواسطة الفضلات البرازية من المرضى الى السليمين اتضحت لنا امور عديدة ومشاهدات كثيرة كانت منبهمة علينا بالكلية ومتناقضة فى الظاهر فمن الواضح الآن سريان الهيضة فى اقرب وقت من محل الى آخر بخلاف الزمن الاول وذلك لسرعة الانتقال بواسطة السفن البخارية وسكك الحديد فلا يستغرب سرعة سريانه الآن باتباعه طرق السياحة ولا سريانه بعكس الرياح له فتارة يسرى من المشرق الى المغرب وبالعكس والتنقلات البعيدة التى تفعلها اوبية هذا المرض توجه مع السهولة بان المصاب بالهيضة فى اثناء سفره لا يترك السم الهيضى الا فى مواضع برازه مع صون باقى المحلات فلو كانت الجرثومة الهيضية لا توجد الا فى الفضلات البرازية للمرضى المصابين بالاشكال الثقيلة من هذا المرض اعنى الهيضة الاسفيكسية لما امكن حصول التنقلات البعيدة لاوبية الهيضة لعدم امكان سفر مثل هؤلاء الاشخاص ولا يحصل ذلك الا متى أمكن الاشخاص المتسممين بالسم الهيضى السفر فى اثناء دور تفريخ هذا المرض فيظهر فى محال بعيدة عن التى كانوا مقيمين فيها او اصيبوا بها وزيادة عن مثل هذه الاحوال التى من ضمنها ما ضربناه مثلا فيما شاهدناه كما سبق فى مجدبورغ يثبت ايضا من احوال عديدة ان المصاب باسهال هيضى بسيط ولم يكن عنده حالة مرضية ثقيلة بل ولم يصب بالشكل الثقيل منها فيما بعد تحوى امعاؤه الجرثومة الهيضية بحيث يتسمم المرحاض المنتفع هو به وبذلك يظهر وباء هيضى (ومما ذكرناه يتضح أن الاعتقاد بسريان الهيضة بواسطة الهواء والرياح حتى سمى بالهواء الاصفر يعد من الخرافات وسريان هذا المرض الآن بواسطة المرضى المتصلة امعاؤهم بجرثومته الاصلية قد صار الآن محققا ثابتا بالابحاث المستجدة لكن الفضل فى اعلان ذلك رسميا لمجلس الطب المشترك بالاستانة الذى كنت عضوا منه)

وقد اعترض على القول بان الهيضة تنتشر بواسطة الفضلات البرازية من المرضى المصابين بهذا الداء بان بعض الاشخاص احيانا ازدرد تلك الفضلات وبقى مصانا عن الاصابة بهذا المرض وانه لم ينجح بالكلية احداث الهيضة فى الحيوانات التى صار ادخال المتحصلات المعوية من الهالكين بالهيضة او الفضلات البرازية من المصابين بها فى باطن تلك الحيوانات ومثل هذه الامور لا يمكن انكاره ولا نفى اهميته فلاجل الجمع بين القولين وتوافقهما قيل بالنظريات الآتية وهى ان الفضلات الحديثة من المرضى المصابين بالهيضة لا تكون مشتملة على الجرثومة الهيضية التامة النضج اى الكافية فى احداث التسمم الهيضى اوليست مشتملة على كمية كافية فى احداث هذا التسمم وان الفضلات البرازية لا تصير خطرة الا بعد اختلاط الجرثومة الهيضية بالمواد الحيوانية المتعفنة فحينئذ تصير مساعدة على نمو هذه الجرثومة وتكاثرها وهذه النظريات جديرة بان يقبلها العقل وتميل اليها الاذهان فلذا صار قبولها على العموم لانها مستندة على أدلة عديدة فان تطعيم بعض الحيوانات الفضلات البرازية الحديثة من المصابين بالهيضة لم ينتج عنه ادنى خطر كما دلت عليه مشاهدات المعلم ترش بخلاف التطعيم بالفضلات القديمة فانها احدثت ظواهر مرضية هيضية وقد دلت التجارب على ان الخدمة المنوطين بغسل ملابس المصابين بالهيضة بعد تركها مدة وكذا الذين يغيرون فراشهم بعد موتهم ببعض ايام يكونون عرضة للاصابة بسهولة عن المنوطين بمباشرة اوانى البراز وقتيا والذين يغيرون ملابسهم كاما بتلت والخطر العظيم لسكان اى منزل ينشأ عن رمى الفضلات البرازية الهيضية فى المراحيض المشحونة بالبراز او فى حفر القاذورات التى بجوار المنازل فان الجرثومة الهيضية تجد فى تلك الاماكن جميع الامور التى تساعد على نموها وتكاثرها

ومن المشاهد ان الهيضة الهندية متى جلبت وانتقلت الى منزل من المنازل لا يصاب بهذا الداء الا من كان ساكنا به او من شاركه فى مخالطته بل قد شوهد ان الكوليرة التى تجلب الى بعض البلاد عدة مرات يبقى وباؤها قاصرا على بعض البيوت المصابة فقط بدون سريانها الى غيرها وفى احوال

اخرى تنتشر من مكان الى آخر حتى تعم الحارات المجاورة او جزأ عظيما من البلدة بل البلدة جميعها وهو الغالب وهذا الانتشار العظيم يحصل اما فى كل مرة متى وصلت الهيضة الى محل او فى بعض الاوبية دون غيرها والفخر للمعلم بيتنكوفر فى كونه أثبت ان هشاشة الارض هى التى بها يسهل تشرب وانتشار متحصل المراحيض وحفاير القاذورات المختلط بالجرثومة الهيضية فانها تساعد بكثرة على امتداد تشرب هذا المخلوط الخطر فى امتداد عظيم من الارض وبذلك يسهل انتشار الهيضة انتشارا وبائيا بخلاف الارض الصلبة (كالارض الحجرية) فانها تقى المحال المصابة من انتشار هذا الداء بها كما ان لهذا المعلم الفضل فى اثباته ان الاستعداد الوقتى لاى محل او بقعة لانتشار الهيضة فيه انتشارا قويا او غير قوى متعلق بكون المتحصلات المختلطة بالجرثومة المذكورة على حالة مساعدة او غير مساعدة على التحلل والتعفن واهم درجة تلك الشروط رطوبة الارض فان لها اعظم أهمية فى هذا الشأن كما ذكر فى أسباب التيفوس البطنى لكن ذلك ليس الامر الوحيد فى هذا الشأن فانه لاشك أن شروط التعفن والتحلل تكون قوية عند حصول جفاف فجاى فى الارض المتخللة برطوبة عظيمة بحيث يرتقى الجفاف لدرجة بها يصل كل من كمية الماء المتخلل بالارض والهواء فيها الدرجة معينة وحينئذ لا يمكن نفى الامور المعلومة العديدة المثبتة ان كلا من انحطاط المياه الاصلية فى الارض المتخللة هى بها وتناقصها الفجائى خطر جدا بالنسبة لانتشار الهيضة والامور الثابتة الاكيدة المضادة للسابقة تثبت ان زيادة عدد احوال الهيضة لا تكون متعلقة بانخفاض المياه الارضية الاصلية فجأة وتوضح لنا انه لا ينبغى اعتبار هذا الانحطاط الفجائى شرطا وحيدا معينا على تعفن المواد الفضلية المتخللة بالارض والمختلطة بجرثومات الهيضة

ويندر دخول الجرثومة الهيضية فى الجسم مع الماء المتلوث بها عند الشرب (ومن هنا يتضح كثرة اصابة الاطفال بالهيضة فى السنين الاول من الحياة) بل الكثير الغالب مع الهواء المستنشق من الانف والفم وامتزاجها باللعاب وازدراده ولذا كان التبرز فى المراحيض الملوثة بالجرثومة المذكورة خطرا جدا فان هذه المراحيض اجود مستودع لها ولان تيار الهواء الذى يجتاز

قصبات تلك المراحيض بدفع الغازات وبعض الجزيئات المتصيلة هبا الى اعلاه فيصل بذلك السم الهيضى الى الاماكن المسكونة ولذا اصاب بيرمير حيث قال ان المساكن اكثر خطرا وعدوى من سا كنيها وزيادة عن تشرب الارض للمواد السمية يظهر ان هذا المرض ينتشر أيضا بواسطة قصبات المراحيض ومستودعاتها من مكان الى آخر

ثم ان الاستعداد للاصابة بالسم الهيضى وقبوله منتشر جدا فانه لا يصان منه سن دون سن ولا نوع دون غيره ولا بنية دون أخرى ففى زمن تسلطن السم الهيضى فى مدينة وانتشاره فيها يكاد يكون جميع من فيها متأثرا منه ولو المصانين عن الاصابة باشكاله الثقيلة فيعتريهم بعض ظواهر مرضية من أنواع تأثيره الخفيف وهناك بعض مؤثرات يظهر انها تزيد فى الاستعداد للاصابة باشكاله القوية او الثقيلة جدا وتنقص مقاومة الجسم لتأثيره وذلك كالتباعد عن التدبير الصحى واستعمال المقيئات والمسهلات وتأثير البرد فى الجسم ونحو ذلك من المؤثرات الردية المضعفة فان بعض المنطبعين على اتباع هواهم وان ارتكنوا فى شهواتهم وتعقلاتهم على ان نوع المعيشة فى أثناء الاوبية الهيضية ليس له ادنى تأثير ولا دخل فى الاصابة بالهيضة وان الاشخاص المحترسين جدا والمستمرين على معيشة منتظمة قد يصابون بالاشكال الثقيلة من هذا المرض لا يكترث بقولهم لان مثل هذه التعقلات الهوائية لا تستحق المناقضة فان كل شخص يكون عرضة للتسمم بجوهر سمى بتأثيره يهلك عدد عظيم من الاشخاص وآخرون ينجون من تأثيره يكون هو الملام وغير المتعقل متى عرض جسمه لمؤثرات مضرة بها يقل الامل فى النجاة من الاصابة به ولو كان تجنب تلك المؤثرات المضرة لا يترتب عليه الامن التام فى النجاة وكان التحفظ الكلى لا يصيره مصونا عن الاصابة بالكلية فمن المشاهد انه فى اثناء تسلطن هذا الداء فى باريس يزداد عدد المصابين به كل يوم اثنين بقدر الثمن زيادة عن باقى الايام وماذلك الامن الافراط فى اى نوع يساعد الاستعداد لهذا الداء وشوهد فى الاوبية التى كانت متسلطنة فى مجدبورغ انه تكرر حصول تثاقل عظيم جدا فى عدد المصابين والهالكين بهذا الداء عقب المحافل العمومية

والاسواق

والاسواق (ومثل ذلك شوهد فى الاجتماع فى اقليمنا عقب الاسواق العظيمة ومحافل المواسم ونحو ذلك) وكذا يوجه بعدم التمسك بالوسائط الصحية كثرة اصابة الاشخاص غير المتمدنين والفقراء بالهيضة مدة تسلطن وبائها ويضاف لذلك ان مثل هؤلاء الاشخاص لا يحفظون انفسهم بالتباعد من السم الهيضى مثل الاغنياء وبالنسبة للفصول قد اتضح ان الزمن المساعد على انتشار الهيضة فى اواسط اوروبا (وكذا بمصر) هو فصل الصيف والخريف بخلاف الشتاء فانه فى برودته ينتهى وباء الهيضة فيظهر ان كلا من الحرارة والرطوبة يساعد ولا بد على تكاثر السم الهيضى كما فى التيفوس والدوسنطاريا ومع ذلك فقد شوهدت استثناآت من ذلك فظهرت اوبية فى فصل الشتاء بشمال اوروبا وفى بطرسبورغ الاصابة بهذا الداء مرة تطفئ عادة الاستعداد للاصابة به ثانيا لكن ليس على الاطلاق وبالنسبة للتعود على تأثير السم الهيضى يوجد امر يركن اليه فى ذلك وهو انه فى المحال التى استمر فيها وباء هذا المرض زمنا طويلا لا تصاب اهل تلك المحال بسهولة مثل الطارئين عليها فانهم يصابون بسهولة واما تاريخ ظهور هذا المرض وانتشاره من منذ حصوله ببلادنا ودخوله أوّل مرة فى أوربا وظهوره سنة ١٨٣٠ ميلادية فمنوط بالتاريخ فليراجع هناك (وقد تكرر ظهور وباء هذا المرض بالنسبة لمصر خمس مرات من بعد التاريخ المذكور)

﴿الصفات التشريحية﴾

جثة الهالكين بالهيضة الآسية تحفظ حرارتها زمنا طويلا وفى بعض الاحوال شوهد نوع ارتفاع فى حرارة الجسم بعد الموت وثمت ظاهرة أخرى مخصوصة وهى انقباض بعض العضلات عقب الموت بعدة ساعات بها تتحرك الاطراف سيما الاصابع فتتغير الوضع الذى كانت عليه قبل الموت وانثناء الاصابع الذى شاهدته وتغيير وضع المرضى الذى تركتهم عليه قبل الموت احدث عندى تأسفا وجيعا كلما تذكرته

ثم ان كان الهلاك قد حصل عند ارتقاء هذا المرض الى أشد درجة وجدت هيئة المرضى الظاهرة مخصوصة فان حالة انقباض قبضة اليد والاطراف المقوسة فى اتجاهات مختلفة وجسم العضلات البارز الواضح يكسب الرمة

هيئة المصارعة ويكون التيبس الرمى قويا جدا بحيث لا يكاد يقهر والاعين غايرة جدا فى الحجاجين ومحاطتين بهالة زرقاء والاجفان منطبقة نصف انطباق ومانعرى من العينين يكون جافا براقا والانف مدببا بارزا عن الوجنتين الغايرتين بكثير ولون الشفتين اما أن يكون مائلا الى الزرقة اوازرق بالكلية ولون باقى الجسم سيانوزيا ويتضح بالاكثر هذا اللون فى الاظافر وجلد الانامل يكون منكمشا كاصابع الغسالات اللاتى يشتغلن طول النهار بأيديهن فى الماء والصابون او الماء المتحمل بالقلى الحريف وعند فتح الجثة يتضح جفاف المنسوج الخلوى تحت الجلد ويبوسته والعضلات الحمراء الداكنة ويكون الدم على هيئة سائل كثيف مسمر اللون كعصارة الوشنة ويشتمل على تعقدات قليلة مسودة ويكون متراكما فى القلب الايمن والاوردة الممتلئة منه امتلاء عظيما واما الاوعية الشريانية والقلب الايسر فتخلو عنه بالكلية وكل من الجيوب الدماغية واوردة المعا يكون ممتلئا بدم داكن وجوهر الدماغ يكون جافا يابسا ولا يحتوى التامور على أدنى أثر من المادة المصلية ويكون سطحه الباطن لزج الملمس وكثيرا ما يكون مغطى ببقع اكيموزية ويكون جوهر القلب العضلى منقبضا يابسا ذا لون أحمر قاتم واما البليورا وباقى الاغشية المصلية فتكون مغطاة بطبقة لزجة وكثيرا ما يظهر فيها بقع أكيموزية وتهبط الريتان على نفسهما هبوطا تاما عند فتح الصدر بسرعة وماذاك الا لكون الهواء لا يجد عائقا عند خروجه من الخلايا الرئوية ومروره من الشعب الفارغة الجافة وعند شق الرئة توجد جافة بالكلية ولا يرى فيها أثر كل من الاحتقان والاوذيما الانحدارية والعرى المعوية الدقيقة تكون مسترخية وبالنظر اليها ترى حمراء وردية اللون بخلاف عرى المعى الغليظ فتحفظ لونها الطبيعى وعند شق المعا الدقيق يسيل منه كمية عظيمة من سائل لا لون له اوضعيف التلون مشتمل على ندف مبيضة وهذا السائل يحوز جميع صفات الاسهال المائى الندفى الشبيه بماء غسيل الارز الخاص بهذا المرض وقد يشاهد هذا السائل متجمعا بكمية عظيمة جدا فى المعا فى أحوال الهيضة المسماة بالجافة ويكون الغشاء المخاطى المعوى محلا لاحتقان وعائى دقيق كثيرا لشدة نحو الصمام قليلها جهة الاجزاء

العليا من المعاء الدقاق وقد يوجد مع الاحتقان الوعائى الشديد انسكاب بعض مواد دموية فى جوهر الغشاء المخاطى وعلى سطحه فيظهر عليه حينئذ بقع اكيموزية كثيرا ماتكون منتشرة جدا ومتحصل المعاء يظهر كثير الاحمرار أو قابله باختلاطه بالدم وقد تكون المعاء الدقاق فى بعض الاحوال منتقعة اللون بحيث لا يشاهد فيها كل من الاحتقان الوعائى ولا البقع الاكيموزية لكن حيث ان المعاء الدقاق فى مثل هذه الاحوال تكون أيضا ممتلئة بكمية عظيمة من ارتشاح مائع وان هذا الارتشاح لا يأتى الا من أوعية ممتلية لا فارغة وجب اعتبار انتقاع لون المعاء ظاهرة رمية فان انتقاع لون الاغشية المخاطية عقب الموت ولو كانت مدة الحياة محتقنة احتقانا عظيما ومفرزة لكمية عظيمة ظاهرة تشاهد فى جميع الاغشية التى تدرك بالنظر والغشاء المخاطى المعوى لاسيما ثنياته المستعرضة يكون منتفخا رخوا بسبب ارتشاحه المصلى وكذا الغدد المتفرقة والمجتمعة لبيير تكون غالبا كثيرة الانتفاخ ممتلية جدا وهذه الاجربة يمكن أن يصل حجمها الى حب الشهدانج وبسبب انتفاخ هذه الغدد يكون السطح الباطن من المعاء مشاهدا بروزات حبيبية متفرقة تارة ومجتمعة أخرى وقد يتمزق بعض هذه الاجربة او اللطخ وحينئذ يظهر السطح الباطن للمعاء هيئة مثقبة كالمصفاة او الشبكة (وهذا مايسمى باللطخ الشبكية) واهم الصفات التشريحية لهذا المرض انفصال الطبقة البشرية المخاطية بكمية عظيمة فتنفصل الطبقة الحافظة للخمل المعوى وقد تنفصل هذه الطبقة فى بعض المحال عما تحتها بواسطة ارتشاح مصلى فتكون مثبتة قليلا بالخمل المعوى لكن الغالب ان يكون قدتم انفصالها بالكلية فى اكثر المحال وتكون موضوعة على سطح الغشاء المخاطى على هيئة اهداب مخاطية او مكونة للندف المبيضة السابق ذكرها السابحة فى الافراز المعوى ولذا كان تشبيه معاء المصابين بالهيضة بالجلد المعرى عن بشرته بواسطة نفاطة او بالماء المغلى تام للغاية ومتى اعتبرنا كون السطح المعرى عن بشرته من المعاء عظيم الامتداد جدا لم يتضح لنا ان بعض المؤلفين ذكر انه لا يوجد تناسب بين هذه التغيرات التشريحية فى القناة المعوية والظواهر المرضية الثقيلة التى تشاهد مدة

الحياة واما المعاء الغليظ فلا تظهر فيه تغيرات تشريحية قارة ولا تكون في الجزء الصائم من المعاء الدقيق التغيرات التشريحية كثيرة الوضوح جدا واما الغشاء المخاطي المعدي فانه يكون متفاوت الاحمرار بسبب اختلاف درجة احتقانه والانسكابات الدموية فيه وجوهره يكون منتفخا رخوا بسبب ارتشاحه المصلي

واما الكبد فيكون في قوامه الطبيعي ولونه منتقعا وعند شقه يسيل ببطء من الاوعية الغليظة كمية قليلة من دم كثيف كعصارة الوشنة والحويصلة المرارية تكاد تكون على الدوام ممتلئة بمادة صفراوية سائلة مسمرة او مخضرة والطحال لا توجد فيه تغيرات وتكون الكليتان في الدور الاوّل من الهيضة على حالتهما الطبيعية وانما تكونان مجلسا لاحتقان وريدي عظيم جدا وفي أحوال أخرى يكون بعض اجزائهما في هذا الدور مبيض اللون سيما في الاهرام وعند البحث عن هذه الاجزاء بالمكرسكوب توجد القنوات البولية ممتلئة بأخلية بشرية منتفخة متعكرة وبنضح ليفي والغشاء المخاطي للقنوات البولية يكون مغطى بمادة مخاطية بشرية والمثانة تكاد تكون دائما خالية عن البول منقبضة فالتغيرات التشريحية الواصفة التي توجد في جثة الهالكين بالهيضة عند حصول الموت في دور ارتقاء هذا المرض عبارة عن بقايا تغيرات نزلية شديدة ممتدة في المعاء مصحوبة بانفصال مقدار عظيم من الطبقة البشرية وارتشاح معوي غزير جدا مع تكاثف عظيم في الدم واحتقان كلوي وريدي عظيم جدا

والصفات التشريحية في الجثة تختلف عندما يحصل موت المريض بالهيضة في دور رد الفعل او في اثناء الدور المعبر عنه بالتيفويد الهيضي فلا تكون الاطراف منثنية على الدوام ويكون التيبس الرمي قليلا وكل من الاسنان واللثة مغطى بطبقة وسخة جافة ويزول اللون السيانوزي او يكون قليلا والمنسوج الخلوي تحت الجلد يكون هو والعضلات رطبا والدم مائعا داكنا قليلا وتكون الحجايا الدماغية مجلسا لاحتقان شعري دقيق ولا يندر وجود كمية عظيمة من سايل مصلي في حالات الام الحنونة والجيوب الجانبية ويكون جوهر الدماغ نفسه رطبا والقلب الايمن لم يزل كثير الامتلاء بالدم

والتامور كثير الارتشاح وكذا الغشاء الباطني للاوعية الغليظة ولا تكون الرئتان في هذا الدور جافتين بل تحتويان على كمية عظيمة من الدم وتكونان محلسا للاوذيما والاحتقان الانحداري العظيمين ولا يندر كونهما مجلسا الالتهاب رئوى فصيصي او فصي او لسدد موية والسطح الظاهر من المعاء الدقيق يكون فاقد اللونه الوردي ومنحصله مشتملا على مواد صفراوية وقد تستعاض الطبقة البشرية ثانيا في بعض الاحوال وحينئذ لا تشاهد تغيرات غذائية مدركة في الغشاء المخاطي المعوى لكن الغالب ان يشاهد فيه زيادة عن اللطخ المنتفخة التهاب دفتيري واضح يحيل به الغشاء المخاطي في كثير من الاصفرار الى خشكر يشات جافة مصفرة اومسودة كثيرة العظم اوقليلته وهذا الالتهاب الدفتيري الثانوي كما يشاهد في المعاء الدقيق كذلك يمتد الى المعاء الغليظ بل قد تشاهد التهابات دفتيرية في الحوبصلات المرارية والفرج والمهبل عند النساء وكل من الكبد والطحال لا يكون جوهره متغيرا على الدوام لكن يكون مجلسا لاحتقان عظيم غالبا وقد شوهد تمزق الطحال في بعض الاحوال النادرة وكذا الكليتان تكونان محتقنتين وفي كثير من الاحوال يشاهد فيهما علامات التهاب دفتيري حاد وتكون المثانة ممتلئة امتلاء متفاوتا بكمية من البول المحتوى على مواد زلالية

﴿الاعراض والسير﴾

يكاد يشتكي جميع الاشخاص الموجودين في المحال المتسلطن فيها السم الهيضي باحساس بضغط خفيف في قسم الشراسيف مع قراقر في البطن والاحساس باسهال مهدد وظواهر سوء الهضم الخفيف والاضطراب المعدي المعوى تنشأ بلاشك عن تأثير السم الهيضي في الجسم ولا ترتقي الى حالة مرضية ثقيلة متفاوتة الدرجة الا عند اشتداد التسمم الهيضي اووجود استعداد في الجسم وقابلية للاصابة به وقد زعم بعضهم ان نوب الرعب والفزع التي تشاهد كثيرا عند تسلطن الوباء الهيضي كالاغماء وتقلص عضلات سمانة الساقين ونحو ذلك من الاضطرابات العصبية ناشئ أيضا عن تأثير السم الهيضي فانه ممارسخ في الاذهان عند العوام ان الفزع

من الهيضة خطر جدا وانه ابتداء الاصابة بها بحيث يوجد عدد عظيم من الاشخاص يخشون الخوف من الرعب من هذا المرض مدة تسلطنه ونحن نظن ان هذا الاعتقاد فاسد وان هذه الاعراض بمجرد نتيجة التأثير العقلي والاوهام التي تحصل عند الاشخاص الكثيرة الاحساس مدة تسلط هذا الوباء المخوف ومن حوادث انتشاره ومن كثرة تعداد الموتى فجأة فان عين الظواهر المذكورة او ما شابهها يحصل ايضا عند سكان مدينة وهي في محاصرة العدو ورمى الكلل عليها فان الاشخاص الكثيرة الرعب وان كانت غير مصونة عن الاصابة فانها لا تزداد اصابتها عن غيرها من أرباب الجراءة ولا تبتدئ نوبة الهيضة تبعا لمشاهداتنا باحساس رعب واغماء وتقلصات في سمانة الساقين ولو ان كثيرا من المرضى يندب الطبيب من أجل هذه الظواهر ويطلب منه الاسعاف وعند البحث بالدقة في مثل هذه الاحوال لابد وان يكون سبق ذلك اسهال بزمن مختلف الطول لم يلتفت اليه المريض بالكلية

ثم ان زمن تفريخ هذا المرض يكون من يوم الى يومين تبعا لبعض المؤلفين ومن ثمانية الى اربعة عشر تبعا للآخرين فان ملاحظة الزمن الذي يمضي من وقت تأثير السم الهيضي الى حين هجومه لا يتيسر في كثير من الاحوال وفي بعض الاحوال التي شاهدتها سنة ١٨٥٩ في جريفسولد وكذا في أحوال عديدة شاهدها الطبيب جريتنير في قرية صغيرة في حدود مكلمبرغ وأمكن منها تحقيق زمن الاصابة بالدقة تقريبا لم يكن زمن تفريخ هذا المرض أقل من ست وثلاثين ساعة ولا أكثر من ثلاثة أيام

ثم ان الشكل الخفيف جدا من الهيضة يبتدى باسهال بسيط غير مصحوب بمغص ولا بزحير ولا ينتج عنه من الاضطرابات البنيية العامة سوى درجة خفيفة من الهبوط والتكسر والتبرز يتعاقب في فترات كثيرة التباعد عن بعضها أو قليلته والفضلات المنقذفة تكون بكمية عظيمة جدا سائلة الا أنها لا تفقد الرائحة ولا التلون ومثل هذه الاحوال المرضية وان لم تذكر في القوائم الرسمية ولا تعتبر من هذا المرض الا أنها تعد طبا منها بدون شك ويؤيد ذلك أولا كثرة حصول الاسهال في زمن تسلطن هذا المرض مع أن جميع ذوى

الفطنة يجتنبون كلا من تأثير التباعد عن التدبير الصحي والبرد وغيرهما من المؤثرات المضرة ثانيا استعصاء هذا الاسهال وقلة تأثير الجواهر الافيونية فيه ثالثا كثرة سريان هذا المرض بواسطة المصابين بهذا الاسهال وانتقاله الى محل آخر رابعا كثرة استحالة هذه الاسهالات الهيضية البسيطة الى أشد اشكال هذا المرض نقلا فان كثيرا من المرضى سيما الفقراء الذين يتوجهون الى منزل الطبيب بانفسهم لاجل استشارته في اسهال بسيط قد أتعبهم واستعصى عن الوسائط العلاجية الاعتيادية من يوجد مساء اليوم الذي توجه فيه الى الطبيب في حالة كرب للغاية مستلقيا في فراشه في حالة سيانوزية فاقد النبض بارد الجسم بالكلية

والتجارب المهمة التي فعلت بخصوص الهيضة في البيمارستانات الكبيرة وان كانت جديرة النفع الا ان بعض الاطباء حاد عنها الى اتباع التصورات الفاسدة القديمة التي لم ازل اضاربها منذ عشرين سنة بالنسبة لاهمية الاصابة المعوية في الهيضة فانه قد صار الوقوع في خطا جديد وعدم التفات الى الامر المهم من ان اغلب المصابين لا يوجد عندهم من الظواهر المرضية سوى الاسهال الغزير وان هؤلاء لا يدخلون البيمارستانات وأما نحن فنقول انه من اهم الامور معرفة ان هناك درجات عديدة بين الاسهال الهيضي والهويضة والهيضة الثقيلة جدا (اعني الهيضة الاسفكسية اي الاختناقية) وان هذه الاشكال الثلاثة مماثلة لبعضها اعني من طبيعة واحدة وذلك اجدر بالاهتمام بالبحث عن علامة جديدة دالة على الشكل الاسفكسي من هذا المرض

والاحوال المرضية التي تعتبر انتقالا من الاشكال الخفيفة الى الثقيلة هي التي ينضم فيها الى الاسهال الغزير قيء متواتر وفيها الفضلات المندفعة تكتسب الصفة المخوفة المعروفة بالفضلات البرازية الشبيهة بماء الارز بدون ان يصاحب ذلك بشلل في القلب وتكاثف عظيم في الدم اللذين ينشأ عنهما الشكل المهول لهذا المرض المعبر عنه بالهيضة الاسفكسية وبالشكل الثقيل جدا لهذا المرض ثم ان الشكل ذو الدرجة الخفيفة من الهيضة ولو انه قد يرتقي بسرعة الى الدرجة الشديدة جدا يسمى بالشكل

التيجي من الهيضة او الهو يضة تمييزاله عن الاسهال الهيضي البسيط وعن الهيضة الاختناقية واتقاع لون المواد البرازية فى هذا الشكل يكون متعلقا بتخفيفها تخفيفا عظيما بسبب كثرة السائل المنفرز من المعاء وغزارته ولذا ان كمية الفضلات البرازية كلما عظمت وتكرر خروجها بسرعة كان فقدها اللون الاسمر البرازي الخاص والرائحة البرازية الخاصة بها سريعا أيضا وقد يندفع بجميع متحصل المعاء من أول مرة اسهال وفى مثل هذه الاحوال توجد الفضلات المنقذفة ثانى مرة بالاسهال فاقدة اللون والرائحة وسابحا فيها ندف مبيضة بكمية متفاوتة ولا يسوغ الحكم من فقد هذه الفضلات للون والرائحة بامتناع تكون الافراز الصفراوى وانصبابه فى المعاء فان الصفرا ولو كان افرازها بكمية طبيعية مستمرا على حالته لا يكفى فى تلون الكمية العظيمة جدا من الافراز المعوى السائل وقد دل البحث الكيماوى والمكرسكوبي على أن السائل المصلى المنفرز من الاوعية الشعرية للمعا فى هذا المرض يكون مشتملا على قليل من المواد الزلالية وكثير من الاملاح جدا سيما ملح الطعام وان الندف المبيضة السابحة فى السائل المصلى يندر ان تكون متكونة من اخلية بشرية باقية على حالتها بل الغالب انها متكونة من بقايا الاخلية المذكورة التى تكون على هيئة نوايات منفصلة دقيقة ومختلطة بمادة حبيبية غليظة أو دقيقة ومتعلقة بمادة مخاطية ومن اخلية مستديرة ذات نوايات حبيبية دقيقة أو غليظة وزيادة على ذلك يحتوى السائل البرازى الهيضى على بلورات من املاح ثلاثية القاعدة لكن وجودها ليس على الدوام وعلى بقايا المطعومات و بعض جسيمات طفيلية وخمل فطرى وكثيرا ما يوجد فى الفضلات البرازية كرات دموية ويكون حينئذ السائل كثير الزلال الخارج من بعض الاوعية الشعرية المتمزقة مع الكرات الدموية

وهذه الصفة الخاصة بالبراز الهيضى والمعتبرة واصفة له من جميع المؤلفين توجه لنا مع الوضوح باقى اعراض هذا المرض فانه يسوغ تشبيه التغيرات التى تحصل فى المعاء التسمم بالسم الهيضى بالتغيرات التى تحصل فى الجلد من وضع منفط عليه اذ فى كلتا الحالتين تزول الطبقة البشرية الواقية ويحصل

افرازغزير من الاوعية الشعرية وباختلاف شدة هذه التغيرات سيما بامتدادها يتعلق ولابد كل من حصول ظواهر شلل فى القلب وتكاثف الدم عقب الفقد المائى وارتقائه لدرجة خطرة والاحوال التى فيها يكون فعل القلب قليل الضعف والتى فيها يستعاض الفقد المائى من الدم بواسطة شرب الماء هى التى يظهر فيها هذا المرض على شكل الهويضة

ومتى ظهرت الفضلات البرازية الهيضية الواصفة ارتقى العطش الذى لابد من حصوله فى الاسهال الهيضى البسيط الى أشد الدرجات ولاحاجة لتوجيه هذا العرض الشاق للغاية توجيها مخصوصا فانه يشاهد فى جميع الاحوال التى يفقد الدم فيها كمية عظيمة من الماء سواء كان بازدياد التبخير المائى الغير المحسوس كما فى الامراض الحمية أو بازدياد الافراز العرقى أو البولى وفى احوال الهويضة يكون الفقد المائى للدم اعظم ولذا كان العطش أشد وأقوى مما فى الاسهال الهيضى البسيط وينضم الى الفضلات البرازية السائلة الواصفة والعطش الشديد والهبوط العظيم والانحطاط ظاهرة أخرى شاقة على المريض وليست واضحة التوجيه الى وقتنا هذا وهى الانقباضات العضلية التشنجية التى تحصل زمنا فزمنا فى بعض العضلات سيما عضلات سمانة الساقين وتستمر احيانا من نصف دقيقة الى دقيقة كاملة وتصطحب بآلام شديدة جدا وليست هذه الانقباضات خاصة بالهيضة الاسية بل كثيرا ما تشاهد أيضا فى الهيضة الافرادية أى الذاتية وفى الاحوال ذات السير الجيد يصير الاسهال تدريجيا نادرا غير غزير والصفرا المنصبة فى المعاء كافية فى تلون الافراز المعوى بلون منتقع فى الابتداء ثم يسمر واخيرا يزول الاسهال ويأخذ المريض فى الشفاء الا ان النقاهة تكون دائما بطيئة وفى أحوال أخرى تحصل نكسة بعد أخذ المرض فى التحسين فيرتقى الى درجة خطرة جدا كما لا يحصل أحيانا تحسين فى حالة المريض فشكل الهويضة يستحيل بسرعة او ببطء الى الهيضة الاختناقية

وأما الشكل الاسفكسى من الهيضة فينشأ عن ارتقاء التغير المرضى فى المعى الى أشد الدرجات واقل ما هنالك انه يمكن توجيه جميع الاعراض الواصفة لهذا الشكل بالتغيرات المرضية الثقيلة الممتدة التى تعترى الغشاء المخاطى

المعوى و بالافراز المعوى الغزير الآتى من الاوعية الشعرية والاقاويل بانه فى اثناء الاوبية الهيضية قد يهلك بعض الاشخاص بظواهر فقد النبض مع البرد الشديد واللون السيانوزى ونحو ذلك بدون اسهال آوفى وبدون ان توجد فى الجثة التغيرات الواصفة فى المعى صارت نادرة فى الاوبية الاخيرة بحيث ان مشاهير الاطباء الممارسين لذلك ينكرون الآن وجود ما يسمى بالهيضة الجافة مع ان ذلك فى الاوبية الاولى من هذا المرض كان يعتبر من الامور الثابتة بلا شك و ينعكس ذلك بالنسبة للقول بتعلق باقى الاعراض الهيضية الاسفكسية باصابة القناة الهضمية فان كثيرا من الاطباء القائلين بوجود هذه التغيرات المعوية على الدوام لا ينسبون باقى اعراض الهيضة الى هذه التغيرات بل يزعمون انها فى الهيضة الآسية ليست ذات أهمية كثيرة بالنسبة لمجموع اعراض هذا المرض وذلك كالتغير المعوى بالنسبة لمجموع اعراض التيفوس البطنى وسنبين خطأ هذا القول فيما بعد ثم ان الهيضة الاسفكسية تنشأ فى كثير من الاحوال عن الاسهال الهيضى أو الهويضة اللذين كانا موجودين من قبل من منذ أيام لكن كثيرا من الظواهر المتصف بها هذا الشكل من الهيضة ما يظهر بعد حصول أول اسهال هيضى ببعض ساعات اذ به يظهر انه يستفرغ جميع متحصل المعاء دفعة واحدة بحيث يستغرب المريض من كثرته وكثير من المرضى لا يتوهم فى مثل هذه الاحوال وقوع الخطر العظيم الذى هو فيه فيهمل فى ندب الطبيب لا يقاف هذا الاسهال البسيط الغير المؤلم مع انه من الجائز هروعهم وانسكابهم على الطبيب فى أوقات أخرى متى حصل عندهم أدنى مغص خفيف ثم انه يعقب الاسهال الاول ثان وثالث وهلم جرا فيتكرر فى فترات قصيرة وتكون الفضلات البرازية بكمية عظيمة جدا مائعة و ينتقل فى اقرب وقت الى صفة الاسهال الشبيه بماء الارز مع فقد اللون والرائحة وكثير من المرضى من يحس بعد الاسهال الثانى أو الثالث بضعف وانحطاط عظيمين جدا أو يقع فى حالة اغماء بحيث لا يمكنه الوصول من محل البراز الى الفراش الا بمساعد وفى هذا الزمن يحصل ايضا انقباضات عضلية مؤلمة فى عضلات سمانة الساقين وتطلب شرب شديد يزداد بتكرر الاسهال و ينضم بسرعة لنوب

الاسهال في ء يستفرغ به ابتداء منفصل المعاء ثم سائل قليل الاصفرار بكمية عظيمة جدا ويزداد ضعف المرضى بسرعة عظيمة فيفقد الصوت رنانيته (وهو الصوت الهيضى) وتخرج الاستفراغات المعوية بدون ارادة ويزول الافراز البولي وتشتد الانقباضات العضلية التشنجية المؤلمة ولا يمكن اطفاء العطش الشديد وينضم لهذه الظواهر احساس عظيم بضجر فيكون هو والانقباضات المذكورة اكثر اعراض الهيضة تعبا بالمريض ومع ذلك يعترى سحنة المريض تغير فظيع مفزع للغاية فتغور العينان في الحجاجين ويتدبب الانف وتهبط الوجنتان (ويسمى حينئذ بالوجه الهيضى) وينكمش جلد الانامل فتشبه أنامل الغسالات التي يشتغلن بالغسيل طول النهار وعند رفع جلد اليدين على هيئة ثنية تبقى هذه الثنية زمنا طويلا ولا تزول الا ببطء وكل من الشفتين والاطراف والاعضاء التناسلية يكون ملونا بلون سيانوزى وكثيرا ما تكتسب الهيئة الظاهرة من الجسم لونا ازرقا او سنجابيا والنبض الكعبرى الذى يصير دقيقا صغيرا بعد نوب الاسهال الاول لا يحس به بالكلية عند كثير من المرضى بعد ساعة واحدة من ابتداء نوبة هذا المرض ثم يزول عقب ذلك النبض السباتي ويفقد بالكلية وتصير اصوات القلب وضرباته غير واضحة وفي اثناء اضطراب الدورة وعدم تمامها وعدم وصول كمية كافية من الدم الشرياني الحار الى ظاهر الجسم تنحط حرارته خصوصا في الاجزاء غير المغطاة بحيث تكون كحرارة الرمة (ويسمى هذا بالدور الجليدى) ومن النادر ان تشتكى المرضى بالم في الرأس بل الغالب شكواها بظلمة امام الاعين وطنين في الاذنين ودوار ولا يتكدر ادراكهم لكن اغلبهم يكون في حالة هبوط عظيم وان اشتكوا ببعض الام وضجر الا انهم لا يفزعون من الخطر واجوبتهم تكون بطيئة غير مفرحة وقابلية تنبيه الحركات الانعكاسية تكون متنا قصة فانه في كثير من الاحوال لا يحدث عندهم تاثير الابخرة ولو حريفة سعالا ولا عطاسا ولا ترمش اجفانهم بتقريب اصبع مثلا نحو الملتحمة ولا يحصل لهم ارتعاش عند رش الماء عليهم وليس من المستغرب ان كثيرا من الاطباء في الاوبئة الابتدائية من الهيضة لا يلتفت

الى الاصابة المعوية و يعتبرها منشأ لجميع اعراض هذا المرض و ينبوعا اصليا لخطره حتى من كان منهم يعتبر السائل المعوى الشبيه بماء الارز علامة واصفة لهذا المرض كان يرتب لمن يعالجه ويحافظ على صحته تدبيرا غذائيا مضادا للاسهال بالكلية وكان يعالج كل اسهال بغاية الهمة والمداومة فان كلا من تغير حالة المرضى السريعة جدا والاضطراب العظيم لاغلب الافعال والوظايف العضوية وفقد النبض والبرودة الشديدة وانقطاع البول والصوت الهيضى والسحنة الهيضية وبقاء الثنيات الجلدية بعد رفعها كما تقدم وكذا الامر المعلوم من دخول كثير من المرضى البيمارستانات وهى على هذه المثابة ولم يحصل لها اسهال ولا قئ ولم يمكن الاستدلال على حصول ذلك عندهم قبل دخولهم البيمارستانات ادى جميع ذلك الى نظريات لاطايل تحتها فانه وان اعترف بان السم الهيضى يؤدى الى اصابة مرضية فى القناة المعوية الا انه كان يزعم ان لهذا السم مع ذلك تأثيرا مضرا جدا فى الدم والمجموع العصبى بل وفى جميع الاعضاء والمنسوجات تأثيرا لاواسطيا بل يحتمل حصوله مع سلامة القناة الهضمية ثم ان الاحوال التى يتضح فيها الدور الجليدى فى ظرف بعض ساعات لا تسمح بايضاح تعلق مجموع اعراض الهيضة بالاصابة المعوية ايضاحا بينا بخلاف الاحوال التى فيها يظهر الدور الجليدى من هذا المرض مع التدريج بعد بعض أيام فانه يستبان منها ذلك مع الوضوح التام لكن من تماثل الصورة المرضية الانتهائية لا يشك فى أن الاحوال التى تسير سيرا سريعا صاعقيا تتوجه بكيفية واحدة كالاحوال البطيئة السير فان نتيجة النزلة المعوية والافراز المعوى الغزير الآتى من الاوعية الشعرية المعوية وعوق امتصاص السوائل المزدردة هى تكاثف الدم وفقره المائى اى قلة احتوائه على الماء والاملاح ومادام التغير المرضى قليل الشدة لا يكون له تأثير على الدورة وتوزيع الدم فى الجسم وانما يتزايد العطش و يتناقص الافراز البولى لكن كما ان الحرق يكون فى الدرجة الثانية قليل الخطر مادام قليل الامتداد أى قاصرا على اجزاء محدودة من سطح الجسم يكون كثيره اذا كان شاغلا للمحال عندة وكما انه لا يجوز نزع جميع البشرة الواقية لجسم انسان بواسطة المنفطات فكذلك ينضم الى الاصابة

الهيضية الشديدة الممتدة فى المعا الظواهر المرضية الثقيلة المخوفة الواصفة للدور الجليدى فالفعل القلبى ينشل والدم الفاقد لمائه يجذب السوائل بكثرة من خلال جميع المنسوجات وبذلك تصير هذه المنسوجات جافة متناقصة الحجم ولذا يتدبب الانف وتهبط الوجنتان وتغور العينان فى الحجاجين ويتكرش جلد الانامل ويجف فتبقى ثنيات الجلد الجاف الفاقد لرطوبته بعد رفعها بل و بعض الانسكابات المرضية المتجمعة التى لم تثمر فى امتصاصها الطرق العلاجية الى وقت اصابة المرضى بالهيضة كالانسكابات البليوراوية والمفصلية وغير ذلك تمتص وتزول عقب الاصابة بهذا المرض بل والطفحات الناشعة والقروح تجف فتصير على هيئة الجلد الجاف ومع تعاطى المرضى المشروبات بدون انقطاع يكون فقد الماء أكثر من تعويضه بحيث تفقد المرضى زيادة عن خمس وزنها فى بعض ساعات قلائل وكما ان امتصاص السوائل من خلال المنسوجات يوجه بسهولة بتكاثف الدم العظيم فكذلك يوجه به انقطاع باقى الافرازات الطبيعية كاللعاب والدموع والعرق والافراز البولى فان العنصر الضرورى لهذه الافرازات وهو الماء يفقد من الدم وزيادة على ذلك فان انقطاع الافراز البولى له سبب آخر وهو اضطراب الدورة ووقوفها وأما ضعف فعل القلب العظيم المتعلق به ضعف ضرباته وعدم وضوح الغاطه وصغر النبض أو انطفاؤه فى الشرايين الكعبرية بل والسباتية فيظهر انه ناشئ عن التأثير المضعف الذى تحدثه الاصابات المرضية الثقيلة الفجائية لاسيما اصابات اعضاء البطن السفلى على المجموع العصبى الغذائى وبالخصوص على اعصاب القلب ولقد شاهدت عدة مرات عقب تثقب القروح المعدية فقد النبض واللون السيانوزى والبرودة المرمرية فى الاطراف بل انى شاهدت فى حالة سبق ذكرها من تثقب الاثنى عشرى تشخيص المرض بالهيضة الجافة فمثل هذه الاحوال الخالية عن مجرد الظن بوجود سم تثبت خطأ النظريات القائلة بان السم الهيضى له تاثير مشل لا واسطى على المجموع العصبى السمباتوى ومن جهة أخرى لا يبعد على العقل ان ركود الدم ووقوف جريانه فى الاوعية الشعرية القلبية يعين على شلل هذا العضو فاننا نعلم أن الدم لا يمكنه المرور فى الاوعية

الشعرية مع السهولة الا اذا كانت الكرات الدموية منعزلة عن بعضها بكمية كافيــة من السائل الدموى بين الخلايا وبعضها فالفقد المائى العظيم الذى يعــترى الدم فى الاحوال الثقيلة من الهيضة لابدوان يترتب علــيه عسر بل تعــذر فى الدورة الشعرية ومتى ركد الدم فى الاوعية الشعرية بجوهر القلب كان شلله غير التام نتيجة ضرورية لذلك تبعا للتجارب الفسيولوجية والمرضية وكــذا اللون السيانوزى الذى يحصل فى الدور الجليدى من الهيضة مبنى على نفس هــذا السبب الذى ينبنى عليه ذلك أيضا فى اثناء سير هذا المرض أعنى عــدم انتظام توزيع الدم فان الشرايين التى لاتقبــل دما من القلب تنقبض فتدفع ما احتوت عليه من هذا السائل فى الاوعية الشعرية والاوردة فتجمع الدم فى هذا القسم من المجموع الدورى ينتج عنه تلوّن سيانوزى عظيم جدّا وذلك لانه يكون كثير التركز والكرات الدموية الملونة تبعا لذلك ولانه يكون أيضا مكتسبا للحالة الوريدية واللون الداكن فى أعلا درجــة فان اريد فعــل فصــد فى اثنــاء دور الجليد كما كثر اجراء ذلك فى الاوبيــة الاولى فى الهيضة برزغ من الوريد المنتفخ سلسول من دم كــثيف داكن ثم لايخرج بعد ذلك شئ من الدم فينعقد هذا السلسول ويقف بحيث لايمكن استفراغ بعض نقط قليــلة من الدم الا بواسطة الدلك والعصر ثم عند عود الدورة ثانيا وانتظامها يزول اللون السيانوزى بسرعة ولولم يزل لون الدم فى هــذا الزمن داكنا كعصارة الوشنة ولقد اثبت فى رسالتى الصغيرة المؤلفة سنة ١٨٤٨ فى المعالجــة العرضــية فى الهيضة ان كلا من الاسفكسيا اى الاختناق والسـيانوز لا يتعلق فقط بتكاثف الدم بل معظمه متعلق بالتأثير الشللى الذى تحدثه الاصابة المعوية الممتدة على العصب العظــيم السمباتوى ويؤيد ذلك زوال اللون السيانوزى بسرعة وانقطاع حصوله فى زمن لا يتصوّر فيه تعادل تكاثف الدم بقبوله كمية كافيــة من الماء وبكل من شلل القلب وتكاثف الدم الناشئ عنــه ركوده وتراكمه فى الاوعية الشعرية الرئوية يوجه العرض الذى عسر على توجيهه سـنة ١٨٤٨ وهو الضجر وعسر التنفس الذى لايكاد يفقد عــلى الدوام فى الدور الجليدى من الهيضــة فان تبادل الدم فى الاوعيــة الشعرية الرئوية امر ضرورى جدّا بالنسبة للتنفس

كالتبادل الهوائى فى الخلايا الرئوية وحينئذ ينشأ عن ركود الدم ووقوف الدورة الدموية الاحتياج للهواء وضيق النفس مع الضجر كما ينشأ ذلك عن العوائق التى تحصل فى الشعب والخلايا الهوائية التى بها يحصل عوق الهواء فى الدخول والخروج وكون تنفس المصابين بالهيضة لايتم جيدا ولو كانت حركات الصدر ممتدة ودخول الهواء فى الحويصلات الرئوية غير معاق قد ثبت بقلة احتواء الهواء الخارج بالتنفس عند المصابين بهذا المرض على حمض الكربون وبالجملة يسهل أيضا توجيه انقطاع الافراز البولى فى الدور الجليدى فى الهيضة وقلة افرازه فى احوال الهو يضة والاسهال الهيضى فاننا نعلم أن كمية البول المنفرزة تتعلق بدرجة الضغط الجانبى الواقع على جدر التلافيف الوعائية للمعانظ المليجيية وقد أوضحنا فيما تقدم انه فى احوال امراض القلب والرئتين التى ينتج عنها قلة امتلاء البطين اليسارى والمجموع الشريانى لابد وان يتناقص هذا الافراز فلذا لايستغرب انقطاعه فى الدور الجليدى المذكور الذى فيه يكاد فعل القلب يفقد والنبض لايدرك ولو فى الشرايين العظيمة وأما تناقص الحرارة فى دائرة الجسم فيظهر أنه متعلق بتناقص تولد الحرارة من جهة ومن جهة أخرى بقلة ورود الدم الحار الى الجلد بسبب ضعف فعل القلب ثم ان الهيضة الاسفكسية ذات سير حاد جدا فان كثيرا من المرضى يهلك فى الست ساعات الاول اوفى اثنتى عشر اوار بع وعشرين ساعة ويندر أن يمتد دور الجليد زيادة عن يومين وكثيرا ماينقطع الاسهال قبل حلول الموت ببعض ساعات وينبغى التوقى من اعتبار ذلك علامة جيدة فان هذا لايحصل من انقطاع الافراز المعوى بل من شلل الطبقة العضلية للمعاء وبعكس ذلك المرضى الذين لاينقطع اسهالهم بل يستمر زمنا طويلا يكون شفاؤهم اكثر من الذين ينقطع اسهالهم بغتة لكن لايترتب على ذلك الحكم بان الافراز المعوى الغزير المستطيل له تاثير جيد فى سير هذا المرض أو اقله يكون خاليا عن الخطر فالاجود أن يعبر عن هذه الظاهرة بان طروّ شلل المعاء فى الهيضة علامة من العلامات المخوفة جدا بخلاف استمرار الاسهال فانه يدل على عدم شلل المعاء ولذا كان اجود بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض وهلاك

المرضى المصابين بالهيضة يشبه انطفاء الحياة التدريجى خصوصا وانه تفقد فى حالة النزع الخرخرة القصبية التى تكاد تطرأ فى جميع الامراض قبل الموت بقليل وفى الاحوال الجيدة يتناقص الاسهال بالتدريج والسوائل المزدردة لا تنقذف من المعدة فى الحال ويعقب هذه الظواهر الابتدائية التحسين الذى ينتقل المرض به الى حالة الجودة ظواهر يستدل منها على امتصاص جزئى من السوائل المزدردة وبذلك يتعادل تكاثف الدم وتعود الدورة الشعرية ويرجع النبض الى الشرايين السباتية اولا ثم الى الكعبرية ويزول اللون السيانوزى ويعود امتلاء الجلد ويزول تغير السحنة وحينئذ ينتقل هذا المرض من الدور الجليدى الى دور رد الفعل ولا تظهر فى هذا الدور الاخير ظواهر مرضية مخصوصة فيكون اذ ذاك ابتداء النقاهة وحينئذ يظهر بعد زوال ظواهر الاختناق اسهال تنقذف به كمية عظيمة من مواد متلونة بالصفراء ذات رائحة برازية واضحة وفى اليوم الثانى أو الثالث تخرج مواد ثقلية عجينية او متشكلة او يحصل امساك وكل ذلك يدل على تعويض الطبقة البشرية فيمكن حينئذ تشبيه هذه الاحوال بالتى فيها يزول الالتهاب الجلدى السطحى الناتج عن وضع منفط عليه بعد تعويض البشرة الجلدية فى قليل من الايام وكذا وقوف الدورة الشعرية الذى يحصل فى الدور الجليدى من الهيضة لا يؤدى الى تغير مادى فى احد الاعضاء متى كان دور رد الفعل مكونا لابتداء النقاهة وانما قد يكون البول الاولى الذى يندفع من المريض زلاليا بسبب ركود الدم فى الاوردة والاوعية الشعرية الكلوية الذى يسبق عود انتظام الدورة الشعرية ثانيا الى الحالة الطبيعية وفى غير هذه الاحوال التى فيها لا تستعاض تعرية الغشاء المخاطى بسرعة تامة يزول الاسهال الغزير فى دور رد الفعل الا انه يبقى عند المريض اسهال خفيف تندفع به كمية من مواد مائعة كريهة الرائحة مخضرة ويبقى النبض صغيرا وتبقى حرارة الاطراف منحطة ولم تزل المرضى فى حالة خطر عظيم عقب ثوران الاصابة المعوية ثانيا لكن من النادر فى مثل هذه الاحوال تردد ظهور دور الجليد مع فقد النبض وحصول اللون السيانوزى والبرودة المرضية ويكثر جدا انتقال دور رد الفعل غير التام الى

مايسمى بالتيفويدالمرضى اعنى الحالة التيفوسية التى تعقب الهيضة كما انه يكثر جدا انتقال دور ردالفعل المذكور الى نقاهة بطيئة ولو بعد انقطاع الاسهال وهناك شكل مرضى آخر ينشأ بعد زوال الدور الجليدى وهو ان النبض لايعود فقط لحالته الطبيعية بل يصير زيادة عن ذلك ممتلئا قويا والحرارة التى كانت منخفضة ترتقى الى درجة عظيمة وتصير الوجنتان ذاتى لون محمر داكن وتحتقن العينان وتظهر اعراض احتقانية تواردية نحو الدماغ وغيره من الاعضاء وتوجيه ظواهر ردالفعل الشديدة هذه عسر ومن القريب للعقل عندى أنها تنشأ عن حالة الدم وصفاته غير الطبيعية التى لم تزل غير متعادلة وعن عوق الدورة الشعرية أيضا وكذلك ظواهر ردالفعل الثقيلة كثيرا ما تنتقل الى حالة تيفوسية فى بعض الاحوال أو الى نقاهة تامة فى غيرها وقد ثبت الآن القول بان الحرارة عند المصابين بالهيضة تكون متناقصة فى الظاهر أعنى فى دائرة الجسم فقط وفى الباطن متزايدة بواسطة القضارب المستجدة فان المعلم بوتر بوجت قد وصل بواسطة القياسات العديدة الاكيدة لحرارة جسم المصابين بالهيضة الى النتائج الآتية وهى أولا انه فى الدور الجليدى تنخفض حرارة الجزع والاجزاء المتصلة به كالرأس والاطراف انخفاضا عظيما زيادة عن كل مرض ثانيا انه فى هذا الدور تكون حرارة التجاويف التى فى الجزع (أعنى تجويف المستقيم والمهبل) أعظم من باقى أجزاء الجسم وان حرارة هذه التجاويف التى يمكن القياس منها هى التى ينبنى عليها معرفة درجة حرارة الجسم العمومية ثالثا انه فى الدور المذكور تكون الحرارة الباطنية فى الجسم فى غالب الاحوال (سواء انتهت بالشفاء أو بالموت) متزايدة ومن النادر أن تكون طبيعية وأندر من ذلك جدا أنها تكون متناقصة بدون أن يمكن معرفة أسباب هذه الاختلافات من الظواهر المرضية مدة الحياة أو من الصفات التشريحية بعد الموت رابعا ان درجة الحرارة ترتقى فى دور الهيضة الجليدى عند القرب من الموت حتى يحصل وأما ارتقاؤها بعد طروه فيظهر أنه لا يحصل ومع ذلك توجد احوال فيها لا يحدث النزع ارتقاء فى درجة الحرارة بدون معرفة سبب ذلك خامسا انه عند حلول ردّ الفعل البسيط لا يحصل ارتقاء فى درجة الحرارة

العمومية بل يحصل تناقص لطيف فى حرارة الاعضاء الباطنة بخلاف الاجزاء الظاهرة فان حرارتها تتزايد سادسا انه فى الاحوال التى فيها يكون رد الفعل بطيئا تنحط غالبا حرارة الجسم العمومية عن الحالة الطبيعية سابعا ان جميع الاصابات الالتهابية التابعية تحدث فى الغالب ارتقاء فى درجة حرارة الجسم ثامنا انه يشاهد فى أثناء النقاهة التامة ارتقاء فى درجة الحرارة زيادة عن الحالة الطبيعية بدون أن يوجد لذلك سبب مرضى

ونعنى بلفظ التيفويد الهيضى أو الحالة التيفوسية التابعية للهيضة الاصابات الثانوية التى تعقب غالبا النوبة الحقيقية للهيضة والامر المعلوم من ان هذه الاصابات التابعية تكاد تعقب على الدوام الهيضة الاختناقية ولا تعقب الاسهال الهيضى البتة و يندر جدا كونها تعقب الهويضة وانها لا تعقب كل نوبة هيضة اختناقية على الدوام يثبت منه انها ليست متعلقة بالتسمم الهيضى بدون واسطة بل ان حصولها ينبنى على التغيرات المرضية التى تحصل فى أثناء النوبة الهيضية ولاسيما الاختناقية وقد ذكرنا مايشابه ذلك عند الكلام على التيفوس الذى فيه كثيرا ماتعقب الظواهر المرضية التسممية التيفوسية كذلك اصابات مرضية تابعية ناتجة عن التغيرات المرضية التيفوسية نفسها ومن الواضح أن ركود الدم المتكاثف فى الاوعية الشعرية وانقطاع التبادل العنصرى المرتبط بذلك له تأثير مضر جدا بالنسبة لتغذية الاعضاء واتمام وظائفها متى استمر هذا الركود الدموى الشعرى جملة ساعات أو يوما بتمامه أو زيادة عن ذلك ولقد ذكرنا فيما تقدم جملة اضطرابات غذائية التهابية يشاهد اثارها فى جثة الهالكين بالهيضة بعد مضى نوبة هذا المرض وهذا الاعتبار بالنسبة لمنشأ الاصابات التابعية فى الهيضة أعنى التيفويد الهيضى يطابق الحقائق المعلومة من ان هذه الاصابات التابعية يكثر حصولها كلما كان دور الجليد أكثر وضوحا واستمر زمنا طويلا وكون الاصابات الالتهابية التابعية تبقى على الحالة الكامنة ولا تتضح الا باعراض ضعفية شديدة أعنى ظواهر تيفوسية ظاهرة من الظواهر المخصوصة التى تشاهد فى التهابات غير التى نحن بصددها متى اعترت مرضى منهوكين من قبل

ولننبه

ولننبه على ان الالتهاب الرئوى مثلا المصيب للشيوخ المنهوكين كثيرا ما يشخص بالحمى المعدية المخاطية وبالالتهاب الشعبي العصبي الوبائي وبالتيفوس ونحو ذلك عند ترك البحث بالعلامات الطبيعيه بسبب التشابه التام للصورة المرضيه وفقد الاعراض المحسوسة للمرضى من جهة الرئة المريضة

وقد دلتني التجارب على ان الالتهاب الكلوى الحاد الليفي وانقطاع البول الناتج عن انسداد القنوات البولية المؤدى اليه هذا الالتهاب وان كان هو المرض التابعي للهيضة الاختناقية الكثير الحصول الا انه ليس هو السبب الوحيد في الحالة التيفوسية الهيضية كما زعم ذلك بعضهم وان بقى انقطاع الافراز البولي مستمرا بعد زوال الظواهر الاختناقية من الهيضة أو كان البول المفرز بكمية قليلة محتويا على كمية عظيمة من الزلال أو اسطوانات ليفية عديدة وطرائق واشتكت المرضى بآلام شديدة في الرأس ثم وقعت فيما بعد في حالة كوما أو تشنج جاز تشخيص المرض بانه التهاب كلوى ليفي حاد أو تسمم بولى حاد وقد شوهد في مثل هذه الاحوال تغطية الجلد بالبولينا المتبلورة

وكثير من المرضى من ينقذف منه بعد اليوم الاول أو الثاني من زوال الظواهر الهيضية الاختناقية كمية طبيعية من البول بل قد تكون هذه الكمية زيادة عن الحالة الطبيعية اذا كان المريض تعاطى كمية عظيمة من الماء وكذا يزول الزلال من البول بالكلية فيما بعد ومع ذلك فان المرضى تقع في حالة ضعف عظيم وتضطرب حواسهم وادراكهم ويظهر عندهم هذيان بهدء ويصير اللسان جافا مغطى بقشور والنبض سريعا ضعيفا ويحمر الوجه غالبا وترتفع الحرارة وتنزلق المرضى الى أسفل الفراش وهيأتهم الظاهرة تشبه بالكلية التيفوس الثقيل وهذه الاحوال ادت لاطلاق اسم التيفويد الهيضي عليها ويوجد غالبا مع مجموع الاعراض المذكورة اسهال تندفع به مواد كريهة الرائحة مختلطة بندف بشرية وهؤلاء المرضى الذين يكادون لا يستيقظون من خدرهم بواسطة النداء عليهم أو بتأثير بعض المهيجات تتقطب وجوههم وتتقلص عند الضغط القوى على بطونهم فتستيقظ ويوجد في مثل

هذه الاحوال التهاب دفتيرى فى المعا يكون قد أعقب الالتهاب المعوى
التزلى الذى هو نوع من الالتهاب المعوى الخاص بالهيضة ومن الجائز ان
هذا الالتهاب الدفتيرى يكون ناشئا عن التهيج الذى يقع من متحصل المعاء
على سطحها الباطن العارى عن طبقته البشرية وأغلب المرضى الذين
يقعون فى هذه الحالة يهلكون منها عقب الانحطاط العظيم ثم ان حصل
عند المرضى بدلا عن الالتهاب الدفتيرى المعوى التهاب دفتيرى فى
أعضاء التناسل أو التهاب رئوى أو بلوراوى أو غيرها من الالتهابات
التابعية للهيضة كانت الهيئة الظاهرة للمرضى غير مخالفة لما ذكرناه
كما أشرنا الى ذلك فيما تقدم فان الظواهر المرضية التيفوسية المتعلقة
بالحمى هى التى تتضح وأما الظواهر المرضية الموضعية المحسوسة للمريض
المتعلقة بالآفة الموضعية فانها تختفى أولا تظهر بالكلية وبالجملة
فقد لا يشاهد فى بعض الاحوال آفة موضعية مدة الحياة ولا فى الجثة
بعد الممات اليها تنسب الحمى المنهكة التى يهلك بها عدد عظيم من
الاشخاص بعد مضى النوبة الهيضية وقد جعل بعضهم أهمية مخصوصة
للطفح الذى لا يندر أن يشاهد فى أثناء التيفويد الهيضى ويكون تارة
نكتيا وتارة حماميا وتارة ارتماويا بل زعم ان الطفح الهيضى مماثل للطفح
التيفوسى وان وجوده دليل على تماثل التيفويد الهيضى بالتيفوسى
أو قربه منه لكن الطفح الهيضى ليس عرضا دائم الوجود فى التيفويد
الهيضى فلا يكون مشخصا لهذه الحالة الاخيرة ولا دالا عليها وهو يظهر
تبعا لتجاربنا مرارا فى الاحوال التى فيها وضعت ضمادات خردلية مستمرة
على الاطراف أو التى دلكت الاطراف فيها بقوة فى أثناء الدور الجليدى
وهذا الطفح الذى يصيب الاطراف على الخصوص ويمتد كثيرا الى الجذع
يظهر لنا انه كغيره من الاحوال التابعية للهيضة اضطراب غذائى فى
الجلد ناشئ عن ركود الدورة وانقطاع التبادل العنصرى يساعد على
حصوله التهيجات الجلدية السابقة وبالجملة فقد تنبه فى العصر الاخير
على المبالغة فى الاهمية التشخيصية للطفح التيفوسى وانه فى كثير من
الامراض الحمية الاخرى تشاهد أيضا بقع وردية متفرقة وارتما

﴿المعالجة﴾

لا نتعرض هنا للكلام تفصيلا على الوسائط الصحية العمومية والكرنتينية التي يتعشم منها في منع انتشار الوباء الهيضي وانما نذكر مع الاختصار انه ثبت مع التأكيد في أثناء الوباء الهيضي الذي تسلطن في مدينة مكليمبورغ سنة ١٨٥٩ ان الوسائط الكرنتينية وقطع التواصل بين المحال المصابة والمصانة ذات تأثير واق بلاشك مع انها كانت قد اعتبرت عديمة النجاح تبعا للتجارب القديمة المفعولة في أثناء الاوبية الاولى من هذا المرض وأنه من المثبوت أيضا ان المصاب باسهال هيضي بسيط وغير مضر في الظاهر يمكنه نقل السم الهيضي الى محل مصون عن هذا المرض الى حين مجيئه فيه ويكون سببا في ظهور وباء مهلك كما ثبت ذلك في الاوبية الاخيرة بكيفية واضحة متعددة فيجب على كل محل يروم الوقاية من انتشار الوباء فيه قطع المواصلة بالكلية بينه وبين المحال الاخرى المنتشر فيها هذا الداء ومن المأمول وقوعه والجيد جدا اتباع النصائح الصحية العمومية بتجفيف أرض المدن وتنقيتها من المواد العفنة المتحللة بها بواسطة مجارى التجفيف وقنواتها وتحسين حالة المراحيض فبذلك يتعشم في تنقيص استعدادها وتجنب زيادة انتشار أوبية هذا المرض

وحيث ان تفصيل الكلام هنا على الوسائط الصحية العمومية التي ينبغي للاطباء طلب اجرائها من الحكومة المحلية في البقاع المنتشر فيها هذا المرض انتشارا وبائيا يخرجنا عن المقصود فنقتصر على ذكر بعض وصايا مهمة وهي ان المراحيض وحفر السباخ ومجارى القاذورات الوسخة لما كانت تعين على تكون السم الهيضي بكمية عظيمة يجب ولا بد الالتفات الكلي الى نظافتها وتطهيرها بالجواهر المضادة للتعفن ولا ينبغي صب الفضلات البرازية الهيضية في المراحيض العمومية مطلقا وقد تيسر لاحد تلامذتنا وهو الطبيب ريش وقت تلمذته بمدرسة جريفس والد حين دعى لمداواة المصابين بالهيضة في بلدة صغيرة تسمى تيربسى في حدود مكليمبورغ تخفيف وبائه سنة ١٨٥٩ تخفيفا عظيما بالحاحه على الحكومة المحلية بتنظيف المراحيض ونزحها نزحا كليا وصب مقدار عظيم من محلول الزاج الاخضر فيها ووضع جزء من

هذا المحلول امام المنازل فى مواعين لسهولة اجراءما ذكر مع الملاحظة التامة لكن كون هذا المحلول المزيل للروائح الكريهة من المراحيض له خاصية افساد جرثومة الهيضة ومنع انتشارها غير ثابت ولا مقطوع به وكذا أوصت جمعية الاطباء بمدينة برلين المختصة بالامراض الوبائية بغمس الملابس وملأت الفراش ونحوها فى الماء المغلى لاجل تنقيتها من جرثومة الهيضة وبتنقية المراحيض التى تكون خارجة عن المنازل بكلورور الكلس (بان يوضع على كل مائة جزء من المواد البرازية عشرة اجزاء من كلورور الكلس المحلول) ولاجل تنقية أوانى البراز ونحوها يؤخذ مخلوط مركب من جزئين من فوق منجانات الصودا على ٤٥ جزءا من كبريتات الحديد و ٥٣ من الماء ولاجل تنقية البيوت التى كان مقيما بها المصابون بالهيضة يستعمل غاز الكلورور وفى عصرنا هذا يعتبر حمض الكربوليك اى الفينيك الواسطة الاكيدة فى التنقية بالتبخير فان هذا الجوهر ليس له خاصية مضادة للتعفن فقط بل له ايضا تأثير قاتل للمواد النباتية الفطرية النامية وقد فضل ليبرت استعمال هذا الجوهر على حدته بدون اضافة جواهر أخرى اليه على جميع المركبات الموصى بها السابقة وهذا الجوهر وان كان ثمينا الا أنه يوثق بتأثيره دون أغلب باقى الوسائط المنقية الاخرى البخسة الثمن ورائحته وان كانت تستمر مدة الا أنه يعتاد عليها ويحتاج فى تنقية مجرور المرحاض العظيم مثلا من ٢٠٠ الى ٢٥٠ جراما منه محلولا فى ٣ أو ٤ لترات من الماء ويصب فى هذا المجرور كل يوم بواسطة نحو الرشاشة ولاجل تنقية احد المراحيض يستعمل كل يوم من ١٠٠ جرام الى ١٢٥ ولتنقية احدى القصارى من ٣٠ الى ٥٠ جراما وينبغى للاطباء الطلب من الحكومة بتعيين اماكن أو بيمارستانات أولازرتات خاصة بالمصابين بالاسهال المشكوك فى طبيعته عند ورودهم من قطر منتشر فيه هذا المرض الى قطر سليم وأخرى للمصابين بالهيضة الثقيلة مع تعيين خدمة بقدر كاف كما ينبغى أيضا طلب تغذية الفقراء تغذية موافقة بتعيين مطابخ خاصة بذلك وكذلك ينبغى ايقاظ الاهالى مع الايضاح للخطر الذى هم عرضة له من الاهمال فى أى اسهال ولو بسيطا جدا وغير مؤلم وان أمكن ينبغى أيضا

الطلب منها بتعين اماكن خاصة لسكنى باقى العائلات التى اشتد انتشار الوباء الهيضى فى منازلها

وأما الوسائط الصحية الخصوصية الواقية فهى عبارة عن ايصاء الاطباء لمن يكونون منوطين بمعالجته بالامور الآتية وهى الترحال من المدن المتسلطن فيها الوباء الهيضى سيما من المنازل التى اتضح فيها هذا الداء فانهم اذ ذاك يكونون عرضة للتسمم بالسم الهيضى ولاسيما من يكون عندهم مقدرة على الاسفار البعيدة وينبغى لمن أمر بذلك اوّلا المبادرة بالذهاب ثانيا التباعد ما أمكن ثالثا عدم الرجوع الى الاوطان قبل انطفاء الوباء بالكلية وأما المجبورون على المكث فى المحل المنتشر فيه الهيضة فينبغى لهم اجتناب استعمال المراحيض الاجنبية ومن المستغرب عدم وجود هذه الوصية الاخيرة المهمة فى ضمن النصائح القائل بالتمسك بها كل من المعلم جرسنجر وبيتنكوفر وندرلش فى اثناء تسلطن وباء الهيضة وانى اذا تصادف لى كتابة نصائح طبية من هذا القبيل لا بد وان اذكر فيها قبل التكلم على تنقية المراحيض بالتبخير انه لا ينبغى الارتكان على نجاح التبخير بل يجتنب استعمال المراحيض المستعملة من آخرين ولو صار تنقيتها بالتبخير بالدقة فان كثيرا من اباء العائلات من له مقدرة ورغبة فى جلب كراسى بقصريانها لكل فرد من العائلة على حدته وكذا ينبغى للطبيب الايصاء بالتمسك بالتدبير الغذائى الموافق بمعنى انه يأمر بمنع تعاطى ما يكون عسر الهضم سيما المطعومات والمشروبات التى تحدث الاستعداد للاسهال على العموم وعند بعض الافراد ولا ينبغى تغيير نوع المعيشة بغتة بل بالتدريج ويسمح باستعمال بعض الاشربة كالنبيذ لاسيما الاحمر الجيد والبوزة التى بين بين لا حديثة التخمير ولا عتيقته ويجتنب الافراط فى أى نوع كان وينبغى للطبيب عدم الالتفات رأسا الى القول بعدم منفعة التمسك بالنصائح المذكورة والاعتراض بان كثيرا من المتمسكين بالتدبير الغذائى قد اصيبوا دون غيرهم ممن لم يتمسك وان تنبه الاشخاص الذين يقبلون النصيحة بانه لا يعلم اى شخص مدة تسلطن هذا الوباء ان كان مصابا بالسم الهيضى المنتشر أم لا وان نوبة الهيضة المحتمل حصولها عند كل

انسان تصير ثقيلة للغاية متى اثر سبب مضر فى القناة المعوية خلاف السم الهيضى وبالجملة فن الجيد جدا ايضا الطبيب كل شخص منوط بمعالجته بالمبادرة الى ندب طبيب متى اصيب بأدنى اسهال ويتوجه الى فراشه و يتعاطى بعض فناجين من القهوة أو منقوع اوراق النعناع الساخن مع اضافة بعض النقط المضادة للهيضة الموصى باستعمالها فى مثل هذه الاحوال الى حين حضوره فانه لاشك ان التعريق الغزير قد يكون احيانا سببا فى قطع النوبة الهيضية واقل ماهنالك ان يشاهد فى كل وباء هيضى ان بعض الاشخاص الذين حصل لهم اسهال شديد وحالة هبوط عظيمة وانقباض عضلات سمانة الساقين بل وقئ متى استعمل معرقا قويا من منقوع فاتر (كالقهوة ممزوجة بقليل من الروم) مثلا حصل لهم الشفا عقب ذلك بأن يحصل عندهم عرق غزير ثم يزول كل من الاسهال الذى كان يندفع به موادلا لون لها شبيهة بماء الارز والقئ ايضا وقد دلت التجارب على انه اذا صار انقطاع العرق بسرعة لا يندر حصول نوبة هيضة خفيفة فيكون حينئذ من الجيد ملازمة المريض لفراشه حتى تكتسب المواد البرازية شكلها الاعتيادى وأما النقط المضادة للهيضة المسماة فى كل عصر باسم احد الاطباء او الاجزاجية المشهورين جدا فانها تشتمل على صبغة الافيون مع اضافة بعض صبغات اثيرية غير ضرورية فى حد ذاتها بل منقصة لفعل الاولى واستعمال هذه النقط بدون اذن الطبيب لامانع منه سيما وان الافيون اجود الوسائط فى قطع الاسهال الهيضى خصوصا اذا كانت الاصابة حديثة واشهر هذه النقط هى المسكوبية وهى مركبة من صبغة الواريانا الاثيرية ٨ جرام اعنى درهمين نبيذ عرق الذهب ٤ جرام اى درهم صبغة الافيون الزعفرانية من ١ الى ٣ زيت النعناع الفلفلى نقطه ٥ يمزج الجميع ويعطى منه كل ساعة أو اثنتين من ٢٠ نقطة الى ٢٥ ثم ان هذا التركيب كان تلقاه عنانا ردى الاجزاجى المشهور فى سنة ١٨٦٦ وسماه باسمنا اذذاك (نقط سالم بدلا عن النقط المسكوبية) وباع منه مالا يحصى من الزجاج المملوء وقد شكرنى كثير ممن استعمله فى الاحوال الحديثة لما رأى فيه من عظيم المنفعة وقد تأيد ذلك بالمشاهدة الشخصية أيضا

وكما انه لم يمكننا الحصول على النجاح بالمعالجة الواقية على الدوام فكذلك لايتيسر لنا اتمام ماتستدعيه دلالات المعالجة السببية والمرضية بعد ظهور النوبة الهيضية فانه فى كل وباء من الهيضة وان أوصى بعض العوام بل والاطباء فى ابتدائه اعنى بعد مضى الصفة الخبيثة منه وشفائه بأدوية نوعية ومدحوها مدحا زائدا لم يستمر هذا المدح فى الوباء التالى زيادة عن الاسبوعين الاولين بل يضيع هباء فيترك ولذا تركت جميع الجواهر الدوائية التى اعتبرها بعضهم نوعية أو سرية فى هذا المرض وصارت فى حيز الاهمال وذلك كجذور السنبل والكربونرى كلوراتس ونحو ذلك من الادوية السرية كما انه يبعد على العقل قطع النوبة الهيضية باستعمال كل من الزئبق الحلو ونترات الفضة والكينين والكربوزوت ونحو ذلك والحقن تحت الجلد بالكينين والاتيرا واستنشاق هذا الجوهر الاخير فالذى ينبغى الاعتناء به حينئذ فى هذا المرض اتمام ماتستدعيه دلالات المعالجة العرضية وكلما التفتنا الى الظواهر المرضية الاصلية المتعلق بها باقى اعراض هذا المرض وقاومناها بقوة كان النجاح أعظم وأتم ولقد عظم الخطاء فى الاوبئة السابقة الاول من هذا المرض بكون الاطباء جعلوا مطمح نظرهم اجراء المعالجة العرضية الآتية وهى ارجاع الحرارة بواسطة الحمامات البخارية أو باعطاء المرضى فى دور الجليد منقوعات فاترة لاجل الحصول على هذه الغاية مع منعهم بالكلية من استعمال الماء العذب القراح البارد وبأنه فى الهيضة الاختناقية كان يجتهد فى استفراغ الدم بنحو الفصد العام فان انحطاط الحرارة بالنسبة للظواهر الناتجة عن السم الهيضى لايظهر الا فيما بعد والمنقوعات الحارة تسهل القىء عن الباردة خصوصا تعاطى الماء بجرعات صغيرة وليس للفصد قدرة على زوال ضعف القلب وحركاته المتعلق بها تجمع الدم فى المجموع الوريدى فالغاية الاولى من المعالجة العرضية العقلية هى مضاربة الاصابة المعوية وبها يتم حينئذ ايقاف الحالة النزلية المعوية الحادة جدا المصحوبة بافراز غزير مصلى آت من الاوعية الشعرية للغشاء المخاطى المعوى فان هذا هو ينبوع جميع الاعراض والخطر والغاية الثانية منها هى تعويض الفقد المائى (فانه لو أمكن احداث العرق

عنـد مريض مصاب بالهيضـة الاسفكسية مع استمرار الارتشاح المعوى الغزير لحصل له ضرر عظيم جدا بواسطة ازدياد الفقد المائى) والغاية الثالثة هى الاهتمام بمنع حصول شلل القلب المهـدد بالحصول والجوهر المستعمل فى الاصابات المعوية النزليـة ويلتجئ اليـه بكثرة فى مضاربة الاسهالات هو الافيون ولا نتـعرض هنا لتوجيـه تأثيره بان كان مع ابطائه لحركات المعاء هل يحدث تناقصا فى افراز الغشاء المخاطى المعوى وينقص الارتشاح الغزير الآتى من الاوعيـة الشعرية ام لا وعلى كل فاستعمال هذا الجوهر بكثرة فى الهيضة مبنى عـلى نجاح تأثيره فى معالجة الاسهال ولذا يكاد اغلب الاطباء يلتجئون الى استعمال هذا الجوهر الدوائى فى جميع الاحوال الحديثـة التى تعرض لهم ولو تحقق عنـدهم فى كثير من الاحوال عـدم انقطاع الاسهال الهيضى بواسطته فـاذاك الا لكونه ثبت عندهم بواسطة التجارب منفعته فى الاسهال الهيضى ونحن نعضد هذه الطريقة ايضا ونتبعها فنستعمل كذلك الافيون فى الاسهال الهيضى قبل استـعمال طريقة علاجية اخرى لكن ليس على حالة النقط المضادة للهيضة بل على شكل مسحوق دوفيرا او الصـبغة الافيونية ممزوجة بصواغ غروى بدون اضافة جواهـر اثيرية اليـه وهو الاجود فان كان المريض قد استـعمل الافيون بمقادير متكررة (اعنى من ٣ ٠٫٠٠ سنتجرام) الى ٦ ٠٫٠٠ (اعنى من نصف قمحة الى قمحة) فى بعض ساعات وحصـل عن ذلك تحسين فى حالة الاسهال كان الاجود المداومة عـلى استـعماله بمقادير صغيرة جـدا الى ان يحصل اعتـدال الطبيعة ويزول الافراز المعوى بالكلية واما ان استمر الاسهال ولو مع تكرار استعمال الافيون أو حصل فيه تناقل وزاد انحطاط المريض و برد جلده وزال تلوّن المواد البرازية بالكلية كان التمادى على استعماله غـير جيد بخلاف الوضعيات الباردة على البطن مع سرعة التغيير واعطاء الزئبق الحلو بمقدار صغير كل ساعة اعنى ٦ ٠٫٠٠ سنتجرام (اى قمحة) فقد تحصل منها على نجاح عظيم وطريقتى هذه التى ذكرتها فى رسالة فى المعالجة العرضية للهيضة سـنة ١٨٤٨ قد مدحها الشهير فيفر سـنة ١٨٥٤. وذكر انها اجود الطرق عندما تيط فى هـذه السنة بتعليمات طبية لاطباء

بلاد الباوبرا عند قرب انتشار هذا المرض فى تلك البلاد واما استعمال نترات الفضة من الباطن بدلا عن الزئبق الحلو فلم يجد نفعا مع انى كنت اظن جودة تأثيره عقلا واما الغاية الثانية التى يقصد بها تعويض الفقد المائى الذى اعترى الدم بادخال الماء فاسهل ما يتحصل عليه يكون باعطاء المريض قطعا صغيرة من الثلج فى أزمنة متقاربة من بعضها أو الجرع الغازية المبردة اوماء الصودا المبرد واما اعطاء كمية عظيمة من السوائل سيما المشروبات العطرية الفاترة فانها تنقذف بالقئ ثانيا ومهما كان فلابد وان مكابدة المصابين بالهيضة تناقصت تناقصا عظيما من منذ اعطائهم الماء البارد للشرب وابطال العادة بعدم استعمال المشروبات بالكلية أونهاية ماهنالك عدم استعمال المنقوعات الفاترة ولو مع مكابدة العطش الشديد ثم انه بزوال شلل القلب وانقطاع الافراز من الاوعية الشعرية المعوية ورجوع فعل الامتصاص المعدى المعوى تعود الدورة بسرعة الى حالتها الطبيعية بل ان فعل القلب الذى يكون ضعيفا جدا فى الدور الجليدى من الهيضة يعود الى قوته الطبيعية اوازيد منها بعد قليل من الساعات ولو لم تستعمل الوسائط العلاجية المنبهة لكن لا يستنتج من ذلك ان استعمال الوسائط المنبهة العلاجية (الذى كان يقتصر عليه فى الاوبية السابقة) ليس مهما فى معالجة الهيضة ولا لزوم له بل انه ضرورى جدا متى صغر النبض وحصل للمرضى هبوط واضح فتستعمل الجواهر الدوائية المنبهة زمنا فزمنا لاجل حفظ القلب من الوقوع فى الشلل التام الى حين انحطاط التغير المرضى الحاد للمعاء واجود المنبهات استعمالا هو نبيذ الشمبانيا المبرد بواسطة الجليد فانه مع تنبيهه للمجموع العصبى لا يؤثر تأثيرا مهيجا فى الغشاء المخاطى للمعدة والامعاء ولذا يفضل على غيره من الجواهر المنبهة سيما الزيوت العطرية وكربونات النوشادر وغيرها من الجواهر المنبهة والاوفق للفقراء فى الطب العملى استعمال الروم اوالعرق مخففا بالماء واحيانا يكون من الجيد جدا استعمال قطع الجليد زمنا فزمنا ببعض فناجين من القهوة اوالشاى اوزهر الزيزفون اوالبابونج اوالنعناع مع روح النوشادر اليانسونى اوبعض نقط من صبغة المسك فهى وان حصل قيئ فى مثل هذه الاحوال

الا انه كثيرا ما يحصل فى اثناء تعاطيها او بعده خالا قوة فى النبض وارتفاع فى درجة حرارة سطح الجسم الظاهر واما زوال كل من القئ والاسهال مع استمرار الظواهر الاسفكسية فانه يدل على ان المرض فى هذه الحالة ناشئ عن شلل الطبقة العضلية المعوية لاعن انقطاع الافراز المعوى وحينئذ يلزم استعمال المعالجة المنبهة ورجوع كل من القئ والاسهال دليل على جودة تأثيرها واما الانقباضات العضلية المؤلمة ففيها ينجح الدلك بروح الخردل فان الدلك بماذكر من الوسائط المسكنة الجيدة واما وضع اللبخ الخردلية الكثيرة الاستعمال فينبغى التحذير منه لما شاهدناه كثيرا من كونه ينشأ عنه التهابات شديدة جدا مؤلمة للغاية تستمر جملة أيام مدة النقاهة وذلك لامرين احدهما ان المرضى لا تشتكى بألم محرق ولو طال وضع اللبخ مهما طال ثانيهما ان أهل المريض لذهولهم وشدة اضطرابهم بما هو حاصل للمريض ربما تركوا هذه اللبخ موضوعة زيادة عن نصف يوم وكذا يستعمل فى مضاربة هذا العرض الدلك بالكلورفورم او الحقن بالمرفين تحت الجلد ان احتيج لذلك والاطراف الباردة تلف بآلات مسخنة وتحاط بزجاجات ممتلئة بالماء الساخن او انها تدلك بالجليد لاجل تحريض رد الفعل وزيادة عن ذلك فقد استعمل الحقن بالماء فى الاوردة لاجل مضاربة تكاثف الدم بل نقل الدم فى الاحوال الضعيفة جدا وهذه الوسائط وان حصل منها نجاح عظيم فى بعض الاحوال الميئوس منها الا انها لم تنقص عدد الهالكين بالهيضة على العموم ومن المعلوم انه لا ينبغى اعطاء المرضى اغذية حال اصابتهم بالنوبة الهيضية وكذا يحترس فى اعطاء ذلك بعد زوال النوبة وحصول رد الفعل بحيث لا يسمح لهم الا بقليل من اللبن المخفف او الامراق لاجل صون الغشاء المخاطى المعوى المريض (العارى عن البشرة) من التهيج فلا يعطى لهم اغذية صلبة مقوية الا بعد ظهور تبرز محيى او متشكل وعدم التمسك بمثل هذه الاحتراسات كثيرا ما ينتج عنه خطر عظيم

واما معالجة دور رد الفعل لاسيما معالجة العوارض التابعة للهيضة المعبر عنها بالتيفويد الهيضى فلا يمكن ربط طرق عامة لها فان الطريقة العلاجية فى كل حالة تنبنى على معرفة الظواهر المرضية والعادة القديمة من استعمال

الفصد العام لاجل مقاومة ظواهر رد الفعل الشديد قد رفضت الآن بالكلية وعند وجود اعراض الاحتقان التواردى نحو الدماغ ينبغى وضع مكمدات جليدية على الرأس مع ارسال العلق خلف الاذنين ومع ذلك ينبغى الاحتراس من اختلاط الاستسقاء الدماغى الكاذب الذى كثيرا مايعقب نوبة الهيضة عند الاطفال بالاحتقان الدماغى والاوذيما الدماغية وان كانت الظواهر المرضية الثقيلة الواصفة للتيفويد الهيضى متعلقة بالتسمم البولى وجب ايضا استعمال المعالجة السابقة ولوقل منها عشم النجاح وان اعقبت نوبة الهيضة بحمى ضعفية مصحوبة بظواهر تيفوسية مع انتفاخ البطن وتالمه وحصل اسهال من مواد مايعة متلونة كريهة الرائحة زمنا فرمناوجب تغطية البطن بضمادات فاترة مع اعطاء المريض مقادير صغيرة من الزئبق الحلو مع الافيون وكذا ينبغى ملاحظة الالتهابات التى تظهر فى الاعضاء المختلفة عقب زوال النوبة الهيضية ومعالجتها مع مراعاة حالة ضعف قوى المريض

﴿المبحث السابع عشر فى الدوسنطاريا﴾

(كيفية الظهور والاسباب)

التغير الالتهابى للمعاء الغليظ المعبر عنه بالدوسنطاريا يظهر اماعلى صفة مرض وبائى اووطنى أوعلى الحالة الافرادية فاما الدوسنطاريا الوبائية الوطنية فينبغى اعتبارها مرضا تسمميا وتتميز عن التيفوس وغيره من الامراض التسممية الانتشارية بكون التسمم بالسم الدوسنطارى لايحدث تغيرات تشريحية مدركة الافى القناة المعوية والتغيرات التى تحصل فى غير هذا العضو من الاعضاء والدم فى اثناء سيرهذا المرض والحمى التى تصطحبه تكون ظواهر ثانوية متعلقة بالاصابة المعوية وحينئذ فالدوسنطاريا تقرب بالكلية من الهيضة التى فيها تبعا لرأى (غابر) يحدث التسمم ابتداء اصابة مرضية واضحة فى الغشاء المخاطى المعوى ثم تغيرات تابعة لذلك فى الدم والدورة وحالة تغذية الاعضاء المختلفة ومن المعلوم ان الاصابة المعوية فى الدوسنطاريا خلاف مايحصل فى الهيضة وتبعا لذلك يكون تأثير الدوسنطاريا على الدم مخالفا لتأثير الهيضة

والسم الدوسنطارى وان كان لا يمكن اثبات كونه جوهراً لياحيا اثباتا لا واسطيا كما ذكرناه فى اغلب الامراض التسممية لكن الادلة التى ذكرناها مرارا عندالكلام على التيفوس والهيضه تلجئنا لاعتبار الدوسنطاريا مرضا تسمميا ناشئا عن تسمم الجسم بجسيمات نباتية دنيئة مخصوصة ولذا يجوز تسميتها بالجرثومة الدوسنطارية كما تكلمنا على الجرثومة التيفوسية والهيضية وأما بالنسبة للاخبطة القطرية والميكروكوس التى شاهدها كثير من المؤلفين فى الغشاء المخاطى المريض فمن المشكوك فيه ان لها اهمية سببية رئيسة فى هذا المرض

والدوسنطاريا الوبائية تنشأ عن الميازما ولولم يكن ذلك على الدوام كما سيأتى وبعبارة أخرى جرثومة الدوسنطاريا تتكون خارج الجسم الانسانى وتصل اليه امابواسطة الهواء المستنشق أوبالماء المشروب والشروط المساعدة على نجاح الجرثومة الدوسنطارية وتكاثرها الى أهمها ارتفاع الحرارة ودرجة مخصوصة من الرطوبة الجوية توجد فى المناطق الحارة جدا والتحت الحارة ففيها تتسلطن الدوسنطاريا فى بقاع متسعة تسلطنا وطنيا وهى والحميات لاجامية المختلفة تكون فيها الاصابات المرضية المتسلطنة (ولا يخفى ان بقاعا ممتدة من الاقطار السودانية والمصرية وغير ها من البلاد المشرقية من هذا القبيل) وفى اوربا تبعا لابحاث هرش المعول عليها لا توجد لامور المساعدة على نجاح الجرثومة الدوسنطارية بكيفية تامة مستمرة الافى الامتدادات الجنوبية لمتصل اوربا والجزائر المتعلقة بها حتى ان المرض يشاهد فيها متسلطنا تسلطنا وطنيا بل وفى جميع اوربا نفسها قد تتسلطن فى آخر الصيف الشروط المعينة على نجاح وتكاثر الجرثومة الدوسنطارية الوطنية فتظهر فيها ظهورا وبائيا لكن الامر المعلوم من ان الدوسنطاريا لا تتسلطن تسلطنا وطنيا اووبائيا فى الاقطار التى توجد فيها حرارة مرتفعة ورطوبة عظيمة وجودا وقتيا اومستمرا يلجئنا القول بان هذه الشروط ليست هى الوحيدة المتعلق بها نجاح الجرثومة الدوسنطارية وبعبارة اخرى ان الجرثومة الدوسنطارية لا توجد على الدوام فى البقاع الموجود فيها الشروط المعينة على نجاحها وتسلطن الدوسنطاريا على الحالة الوبائية

اوالوطنيــة مع الحميات الاجاميــة فى آن واحــد وان كان كثيرا جــدا تبعا لابحاث هرش المستجدة الا ان ذلك ليس دائما فان الدوســنطاريا قد توجد فى اقاليم لا توجــد فيهــا الشروط المساعــدة عــلى تكوّن السم الاجامى والدوسنطاريا توجد بكثرة فى الاودية اكثر من المدن العظيمة

وقد عد من اســباب الدوســنطاريا أيضا تأثير البرد وابتلال الجسم والمشاق العظيمة وتعــاطى الاثمــار الفجة ومكث المواد السفلية زمنا طويلا فى المعاء ونحو ذلك ولا ينكر ان الاشخاص الذين يتعرضون لمثل تلك المؤثرات المضرة يصــابون بالدوســنطاريا اكثر من غيرهم ومع ذلك فالتسمم بالسم النوعى هو السبب الوحيد الرئيس للدوسنطاريا الوبائية فتأثير تلك الاســباب المضرة لا يعتــبر بالنسبة للدوســنطاريا الا مهيئا ومعينا عــلى سهولة تأثير السبب الاصلى لهذا المرض

وزيادة عــلى المنشأ الميازمى للدوسنطاريا الوبائيــة لابد وان يكون لهذا المرض خاصية معدية ولو كانت غير واضحة على الدوام ويشترط لهــا بعض امور فانه ممــا لا ينــدر مشاهــدته ان قاعات المرضى الموجود بهــا اشخاص مصابة بالدوســنطاريا يصاب فيها اشخاص اخرى ولا سيما التى اسرتها بجوار اسرة المرضى المصابة بهــذا المرض ومع ذلك يظهر من القريب للعــقل ان سبب العدوى بالدوســنطارية كما يحصــل فى التيفوس والهيضــة من الفضلات الخارجــة من المرضى او آوانى تلك الفضلات او القطع الاسفنجية او افــام الحقن او اغطيــة الفراش التى تلوثت بتلك المواد الفضلية ونحو ذلك لا من نفس المرضى

والدوسنطاريا لا تحصل على الدوام بتأثير الميازما او الاصل المعدى بل ان الاسباب التى ذكرنا انها فى الدوســنطاريا الميازماتية تعتبر امورا مساعدة على ظهورها قد تكون فى بعض الاحوال هى المحدثة لهــذا المرض فى حد ذاتهــا لا ســيما متى أثرت بالاجتماع مع بعضها فى آن واحــد كتأثير الحرارة الشــديدة والتباعد عن التدبير الغــذائى الصحى وتعــاطى الاثمــار الفجة وتهيج المعى بواســطة المواد الثفلية المتراكمة فيها وتأثير البرد عــلى البطن وبالجملة فلا يندر ان تشاهــد الدوســنطاريا كمرض تابعى لامراض اخرى

كالامراض التسممية الثقيلة والتيفوس والهيضة والحميات الطفحية وداء بريكت مع فساد البولينا وتكون نوشادرى فى المعاء ونحو ذلك والدوسنطاريا تشاهد فى النوعين وجميع اطوار الحياة على حد سوا بل عند الاطفال الحديثى السن ويكثر اصابة الضعفاء البنية بهذا المرض ولذا انه متى تسلطن فى مارستان او فى قاعة من قاعاته يكون خطره من دوجا والاصابة بالدوسنطاريا لا تزيل الاستعداد للاصابة بها مرة ثانية

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التشريحية فى الغشاء المخاطى المعوى التى توجد فى الدوسنطاريا تكاد تكون قاصرة على المعاء الغليظ وقد تكون ممتدة الى الجزء السفلى من اللفايف وعلى حسب درجة هذا المرض والدور الذى حصل قبل الموت تظهر هذه التغيرات اختلافات عديدة فبالنسبة لدرجة هذا المرض فالعادة ان يميزله شكلان شكل نزلى وشكل دفتيرى كما جرى على ذلك ورجوف لكن ننبه على ان هذين الشكلين لا يكونان متميزين عن بعضهما بالكلية فان هناك احوال امراضية عديدة يوجد فيها اشكال متعددة بين هذين الشكلين

فاما الشكل النزلى او المصل القيحى المطابق للدوسنطاريا الجيدة فيتصف باحتقان عظيم فى الغشاء المخاطى والمنسوج الخلوى اسفل منه ثم بقع او اشرطة محمرة داكنة اوزنجية ويعقب ذلك فيما بعد انتفاخ عظيم اوذيماوى وبروز فى كلا هذين المنسوجين بل تشترك معهما فى تلك الطبقة العضلية ايضا ومتى وصل هذا الشكل الى ارقى درجة حصل ارتشاح غزير فى الغشاء المخاطى باخلية قيحية بحيث ان جوهره يعتريه لين وتنفصل منه جزيئات صغيرة او عظيمة وحينئذ تتعرى الطبقة العضلية او الخلوية الكائنة اسفل منها وفى العادة يوجد بين هذه الاجزاء المتقرحة المتمتكة بعض اجزاء فيها لا يكون التغير الالتهابى كثير الشدة بحيث ان الغشاء المخاطى الذى لم يعتره البريق محفوظا على شكل جزائر بعينى اجزاء سليمة بينها وكذا الاجربة الغددية تشترك معها فى الالتهاب واحيانا تكون اصابتها واضحة جدا بحيث انها تنفصل بالتقيح من المنسوج المحيط بها وتنقذف وحينئذ

يشاهد فى اصغار متعددة انبعاجات صغيرة كحب الشهدانج او قصبات مستديرة متقرحة تمتد تحت المنسوج الخلوى الى الغشاء المخاطى (وهذا مايسمى بالقروح الجرابية) وان امتد التقيح الى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى تعرى هذا الغشاء من محل القصبات المتقرحة فى امتداد عظيم وينفصل عما تحته بحيث متى وضع المسبر اسفل تلك الطبقة امكن نفوذه من قصبة الى اخرى وبذلك يتهتك الغشاء المخاطى ويتكرر وحينئذ تستحيل القصبات المتقرحة الصغيرة العديدة الى سطح متقرح متسع باختلاطها بعضها ومن النادر ان يمتد التقرح الجرابى من خلال الطبقة العضلية الى الطبقة المصلية فيكون سببا فى التثقب المعوى والمجلس الرئيس لهذا الشكل من التقرح الجرابى المصفاوى هو المعاء الغليظ النازل ولاسيما المستقيم وشفاء كل من تقرح الغشاء المخاطى المعوى الممتد والتقرح الجرابى العظيم عسر جدا واما ان كان التقرح غير ممتد وقاصرا على اجزاء قليلة فمن الجائز التئامه وشفاؤه

واما الشكل الثقيل من الدوسنطاريا فهو الذى فيه لا يكون الغشاء المخاطى مرتشحا بمواد مصلية قيحية بل يظهر مكونا من مواد دموية وليفية منعقدة ومنتفخا انتفاخا عظيما وهذا التغير المرضى يصيب بالاكثر الثنيات المستعرضة البارزة الفاصلة للمسافات الغائرة الكائنة بينها فتكون جميع الاجزاء البارزة من الغشاء المخاطى حينئذ ذات لون سنجابى ويتحول لونها متغيرا فكانما مست الاجزاء المرتفعة من الغشاء المخاطى بجوهر كاوى مر عليها بسرعة والاجزاء الغائرة من الغشاء المخاطى التى بقيت سليمة تختلف حينئذ عن الاجزاء البارزة المنتفخة المتغيرة اللون وحينئذ تكتسب هيئة الغشاء المخاطى هيئة مشابهة لرسم خريطة الجبال على الورق وهذه الدوايات تكتسب بارتشاحها بالصفراء لونا سمرا او مخضرا أو ان الدم المتخلل بها يكسبها لونا اسمرا أو اسودا والارتشاح الدفتيرى يختلف شدة وامتدادا على حسب الاحوال فقد يكون قاصرا على سطح الغشاء المخاطى اوغائرا فى جوهره وقد يكون قاصرا على بعض اصغار محدودة من هذا الغشاء او ممتدا على جميع الغشاء المخاطى للمعاء الغليظ وفى العادة تكون الاصابة الموضعية

منصفة بالكيفية الآتية وهي ان التغيرات تأخذ فى التناقص بالنسبة لشدتها وامتدادها من اسفل الى اعلى بحيث تكون قابلة الوضوح فى الجزء السفلى من اللفائف وكثيرة الوضوح جدا فى المحال التى تتراكم فيها المواد الثفلية بسهولة أعنى فى الاعور وفى محل تقوس القولون اعنى الانحناء الكبدى أو الطحالى أو الحرقفى بخلاف باقى الاجزاء من القولون فانها لا تظهر الا تغيرات دوسنطارية نزلية ثم يحصل فيما بعد تنكرز فى الاجزاء المرتشحة فتتكون قروح كثيرا ما يوجد فى قاعها طبقة دفتيرية وقد يمتد التهتك فى الاحوال الاستثنائية الى جميع سمك المعاء بحيث يحصل فيه التثقب وفى بعض الاحوال قد يقتصر التغير الدفتيرى على الاجزاء البارزة من الاجربة المنتفخة وحينئذ يكتسب هذا التغير الدفتيرى الجزئى شكلا مشابها لما شرحناه فى الشكل النزلى الجرابى وفى الدرجات الشديدة لهذا المرض قد يؤدى التغير الدفتيرى لموت سريع فى الغشاء المخاطى المعوى بحيث ينفصل على هيئة اهداب عظيمة مسودة كثيرا ما تبقى معلقة بجدار المعاء زمنا طويلا (وهذا ما يسمى بالدوسنطاريا الغنغرينية) والطبقة الظاهرة المصلية من جزء المعاء المصاب بالدوسنطاريا يظهر فى الاحوال الشديدة من هذا المرض فى درجة احتقان متفاوت الشدة او مغطى بنضح التهابى ليفى أو قيحى والغدد المعوية القريبة من جزء المعاء المريض تكون فى حالة احتقان متفاوت الدرجة منتفخة مسترخية ويندر ان يوجد فيها خراجات او بورات متنكرزة وكل من المعدة والجزء العلوى من المعاء قد لا يظهر فيه تغيرات وظواهر نزلية خفيفة فقط ويكون الكبد فى حالة احتقان واما فى احوال الدوسنطاريا الخبيثة فى البلاد الحارة ويندر فى بعض الاحوال الثقيلة فى اوربا فانه يكون محلا لالتهابات تقيحية توجه بسهولة بكون الاوردة المعوية توصل الى هذا العضو من الجزء المعوى المريض سددا اسيارة قيحية (ولذا كثيرا ما يشاهد فى قطرنا هذا خراج الكبد عقب الدوسنطاريا ويكون ينبوعه سدديا) والطحال يظهر غالبا صغير الحجم وفى الاحوال التى تمتد جدا من هذا المرض يحصل احيانا فى الكليتين التهابات جوهرية او تقيحات انتقالية فى المنسوج الخلوى تحت الجلد او الغدد النكفية او التامور او البلورا

فان

فان لم يطرأ الموت والمرض فى شدة درجته فاما ان ينطفى هذا التغير المرضى الدفتيرى او يخلفه التهاب مزمن تقرحى (وهذا ما يسمى بالدوسنطاريا المزمنة) وكثيرا ما يهلك منه عدد عظيم من المرضى ففى الحالة الاولى تقرب حوافى فقد الجوهر من بعضها بواسطة تولد جوهر ندبى يتكون فى قاع القرحة ويجذب حوافيها لبعضها وحينئذ تطرأ حالة كالتى تحصل عند شفاء القروح المعدية وذلك اما ان يحصل تضايق معوى او يبقى قطر المعاء على حالته وان كان فقد الجوهر عظيما جدا اوجد المعاء من الباطن فى اصفار ممتدة من سطحه الباطن غير مغطى بغشاء مخاطى بل بجوهر ندبى يجمنتى وهذا الجوهر يكون على حسب قول روكتنسكى شبه الجمة او اشرطة ليفية تبرز فى باطن المعاء على هيئة حواجز وتتصالب مع بعضها بجملة مرار ولا سيما قد تتكون صمامات او ثنيات حلقية بارزة فى باطن المعاء وبذلك يحصل فى السطح الباطن من المعاء الغليظ تضايق مخصوص واما فى الحالة الثانية التى فيها يكتسب هذا المرض سيرا مزمنا ولا يكون له ميل للشفاء يستحيل فقد الجوهر الى قروح متهتكة او انه يظهر زيادة عن ذلك فى باطن المعاء نفس التغيرات التى شرحناها بلفظ التقرحات الجرابية بمعنى انه يتكون فى الغشاء المخاطى المتكاثف اليجمنتى قروح مستديرة فى الابتداء ثم تتعرى فيما بعد وقد يظهر فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى خراجات او قروح ناصورية فتنثقب الطبقة العضلية فيما بعد وتؤدى اما الالتهاب بريتونى او لتكون خراجات فى محيط المستقيم

﴿الاعراض والسير﴾

الهجوم الحقيقى لهذا المرض قد يسبق احيانا ببعض ايام بظواهر سابقة وهى عبارة عن اضطراب غير محدود فى حالة الصحة العامة مع عدم انتظام فى الهضم سيما فقد الشهية والعطش ومغص خفيف وميل للاسهال ويندر ان يكون هذا المرض مبتدئا بنوبة قشعريرة قوية بل ولا خفيفة ولا غيرها من الظواهر الحمية بل فى الغالب تبتدى الدوسنطاريا باسهال خفيف فى الظاهر تنقذف به مواد ثفلية غير متغيرة اللون ويسبق ذلك بآلام مغصية خفيفة تصطحب هذه الآلام بزحير خفيف غير مدرك لكن كلما

تكرر الاسهال اشتد المغص وصار مستمرا (وهذا هو المعبر عنه بالمغص البطني) وهذا المغص قبل كل تبرز يرتقي الى درجة غير مطاقة قبل حصوله بقليل والتبرز نفسه يكون مصحوبا بآلام ضاغطة غير مطاقة في المستقيم (وهو الزحير) وينضم لذلك غالبا زحير بولي ثم انه لا ينقذف ولو مع وجود هذا الزحير والحزق المؤلمين الا كمية قليلة من مواد غير ثفلية بل مخاطية سنجابية اللون (وهي الدوسنطاريا البيضاء) أو مخاطية مدممة (وهي الدوسنطاريا الحمراء) وقد ينقذف في بعض الاحوال زمنا فزمنا مع المواد المخاطية فقط أو المخاطية المدممة. وادثفلية كرية صلبة والتكرر السريع للتبرز الذي يكون مكونا تارة من مواد مخاطية نقية مع قليل من الاخاية المستديرة والاهداب البشرية (وهو التبرز المخاطي) وتارة من مواد مصلية زلالية مع كثير من الجسيمات القيحية (وهو التبرز القيحي) ويكون مختلطا تارة بقليل من الدم وتارة بكثير منه جدا حتى يكاد يكون دمويا بالكلية بدون اختلاطه بمواد ثفلية بالكلية هو العلامة الرئيسة للدوسنطاريا وأما الحبيبات المخاطية الشبيهة بحبيبات الساجو أو بيض الضفادع التي توجد احيانا في البراز الدوسنطاري واعتبرت متحصلا آتيا من اجربة متمزقة وعلامة واصفة دالة حينئذ على الدوسنطاريا الجرابية فانها تتكون بالكيفية الآتية وذلك ان المواد المخاطية المنفرزة بانضغاطها تدخل في التجاويف الصغيرة التي حلت محل الاجربة المنقذفة ثم تخرج منها وتندفع مع متحصل المعاء ثم ان المريض يحس براحة عقب التبرز حالا فلا يحس بالآلام الا اذا ضغط على البطن بقوة سيما على قسم القولون العظيم لكن بعد قليل من الدقائق تعود آلام البطن ثانيا وبترددها يتكرر الزحير ايضا ولا يستفرغ ثانيا الا كمية قليلة من مواد دوسنطارية عديمة الرائحة ومن الجائز ان يتكرر ذلك من ٢٠ الى ٣٠ مرة في ٢٤ ساعة وفي اثناء سير هذا المرض تطرا عادة ظواهر حمية ولو لم تكن موجودة من الابتداء وعندما تكون شدة الاصابة المعوية متوسطة تكون الحمى متوسطة الدرجة أيضا وأما في احوال الدوسنطاريا الشديدة المؤلمة المسماة أيضا بالدوسنطاريا الالتهابية يمكن ان ترتقي درجة الحمى ارتقاء

عظيما حتى تصل الى درجة ٤٠ بل وفى الدرجات الخفيفة من الدوسنطاريا ذات الحمى الخفيفة تقع المرضى فى ضعف عظيم بسبب فقد المواد الزلالية والآلام وفقد النوم مع قلة تعاطى المواد الغذائية فتصير هيئتهم باهتة والنبض الذى كان ابتداء ممتلئا يصير صغيرا وتتغير اخلاق المرضى وتنحط قواهم بالكلية وأما فى الاحوال الثقيلة الدرجة من الدوسنطاريا فان التبرز يتكرر فى مسافات قليلة ويكاد المغص لا ينحط بالكلية بل ويرتقى زمنا فزمنا الى درجة غير مطاقة والبطن الذى لا يكون منتفخا عادة ولا متغيرا فى شكله يكون شديد الحساسية فى بعض الاصقاع الموازية لسير القولون ولو باقل ضغط وفى كثير من الاحوال بعكس العشور بالجس على القولون المنتفخ الكثير المقاومة وكذا الزحير يكون مستمرا وكثير الالم عما فى الدرجة الخفيفة لهذا المرض والمواد البرازية تحتوى على كثير من دم وندف واهداب من مواد مخاطية وفى كثير من الاحوال ينقذف دم نقى بكمية عظيمة جدا والنبض فى الايام الاول يكون سريعا ممتلئا وسرعته تصل عند تقدم السير الى درجة عظيمة جدا وأما امتلاؤه فيتناقص بسرعة وينضم لذلك اضطراب عمومى عظيم مع فقد تام فى الشهية وجفاف فى اللسان وانحطاط عظيم فى القوى

ثم ان كان سير هذا المرض جيدا تتناقص مكابدات المرضى تدريجا بعد ٦ ايام أو ٨ والفترات بين نوب التبرز تصير أكثر طولا والمواد البرازية تكتسب ثانيا لونا سمرا ورائحة ثقلية والمواد البشرية والنضجية المختلطة بها وكذا الدموية تتناقص ايضا ويرتفع النبض ويترطب اللسان ومع ذلك فالنقاهة من هذا المرض تكون طويلة جدا فانه يمضى على المرضى ولو فى الاحوال الجيدة جملة اسابيع حتى تعود الى قواها وأما اذا كان انتهاء المرض محزنا فان النبض يصير أكثر صغرا والانحطاط يزداد والتشكى بالآلام والزحير ينقطع والمواد البرازية تسيل بدون ارادة والمريض يهلك كما فى غير هذا المرض من الامراض المنهكة بظواهر ضعف القلب المتزايد شيئا فشيئا وأما ان انتقل هذا المرض من الشكل الحاد الى الشكل المزمن وهو امر كثير الوقوع فى اغلب احوال الدوسنطاريا الثقيلة فان الحالة العامة للمريض تتحسن والمواد البرازية تصير ثقلية لكنها توجد زمنا فزمنا مختلطة بقيح أو دم

والآلام المغصية لا تزول بالكلية والمرضى لا تعود لها قواها بل ان كلا من النقاهة وضعف القوى يزداد وتطرا ظواهر استسقائية والمرضى تهلك فى حالة النهوكة اوقبل تمامها بطروامراض اخرى كالالتهاب الكلوى التابعى او الرئوى أو البريتونى التقيحى او الكبدى السددى وفى الاحوال الحميدة يمكن ان تنتهى الدوسنطاريا بالشفاء ومع ذلك فان المرضى فى مثل هذه الاحوال تكون معرضة لخطر جديد فمثلا ان شفى تقرح الغشاء المخاطى المعوى واخلفه تضايق ندبى اعقب الدوسنطاريا المزمنة وشفاءها تضايق معوى واضح جدا فالمرضى يعتريهم طول عمرهم امساك اعتيادى او عرض من اعراض تضايق المعاء وانسداده كما شرحنا ذلك فى محله فانه عند البحث بالدقة على الامور السببية عند وجود مرض معوى مزمن مستعص كثيرا ما نرى ان ذلك تخلف عن دوسنطاريا ثقيلة شفيت من منذ سنين

وفى الشكل الدفتيرى من الدوسنطاريا المسماة بالعفنة وبالصديدية تكتسب المواد البرازية بعد الصفة التى ذكرناها فيما تقدم لونا متغيرا احمر معمرا اوسود اوراتحة رمية شيئا فشيئا فيوجد احيانا مع بقايا الغشاء المخاطى المتنكرز اهداب مسودة غنغرينية من الغشاء المخاطى والنبض يصير بسرعة صغيرا متواترا جدا وسطح الجسم سيما الاطراف يصير باردا وسيانوزيا احيانا وينطفى الصوت ولا يندران ينضم لذلك انقباضات عضلية مؤلمة وضجر عظيم ويقل افراز البول والبراز يخرج من الاست المنشل بدون ارادة ويطراء الموت فى الاسبوع الثانى مع انطفاء النبض وظهور عرق بارد وهذه الاشكال الثقيلة من الدوسنطاريا لا تحصل فى بلادنا (أى اوربا) الا فى بعض الاوبئة واما حصولها فى البلاد الحارة فكثيرا ما يوجد فيها مع الدوسنطاريا اصابة كبدية تنتهى بالتقيح وهذا الالتهاب التقيحى الكبدى اما ان يكون نتيجة السدد السيارة نحو الكبد او التهابه التقيحى الحاصل مع الدوسنطاريا اوقبلها وانذار الدوسنطاريا يختلف على حسب الاحوال المتسلطنة فالموت بهذا المرض فى البلاد الحارة يكون كثيرا جدا فيصل من العشرين الى الثلاثين فى المائة واما فى البلاد الباردة فيندر أن

يصل

يصل الى هذه الدرجة والموت لا يزيد عن ٧ الى ٥٠ في المائة وفى العادة يكون سير وباء الدوسنطاريا جيدا متى كان هذا المرض على شكل الدوسنطاريا النزلية او القيحية المصلية والاحوال الافرادية من الدوسنطاريا يكون انذارها جيدا فى الغالب والصفة العفنة للمواد البرازية واختلاطها ببقايا الغشاء المخاطى المتغنغر او هدابات منه تدل على ان الدوسنطاريا من طبيعة دفتيرية غنغرينية وحينئذ يكون انذارها خبيثا وكذا خروج كمية عظيمة من الدم والانحطاط العظيم وتغير المعدة والقئ الذى بهما تتعذر التغذية تصير الانذار غير جيد والاشخاص الضعفاء البنية والمرضى والرضع والشيوخ تكون عرضة لخطر عظيم اكثر من الاقوياء الاصحاء والشبان

المعالجة

أما المعالجة الواقية من الدوسنطاريا فانها تستدعى ابتداء تبعيد الاسباب التى تعين على تكون السم الدوسنطارى وازدياده تبعا للتجارب المعلومة لنا الآن والوسائط التى يمكن بها الحصول على هذه الغاية تستنتج من الامور التى ذكرناها فى المعالجة الواقية لكل من التيفوس والهيضة وحيث ان المواد البرازية هى على غلبة الظن الحاملة للسم الدوسنطارى المتولد فى الجسم المريض فالمعالجة الواقية تستدعى على الخصوص منع الاشخاص السليمين من استعمال نحو القصارى والمراحيض واقماع الحقن وغير ذلك من الآلات التى استعملتها المرضى المصابة بهذا المرض او اقله يصير تنظيفها بواسطة الماء المغلى وكذا عدم صب المواد البرازية المنقذفة من المرضى فى المراحيض العمومية وبالجملة تستدعى المعالجة الواقية تبعيد جميع الاسباب المضرة التى تزيد الاستعداد للاصابة بالدوسنطاريا وذلك لكونها تصير الجسم اكثر استعدادا لقبول السم الدوسنطارى فانه ولو كان غير مثبوت ان الشخص يصاب بالدوسنطاريا الوبائية بمجرد تعاطى الاثمار الفجة والنوم على الارض الرطبة والامساك ونحو ذلك بدون ان يتعرض لتأثير السم الدوسنطارى فمن الاكيد ان هذه المؤثرات فى زمن تسلطن الدوسنطاريا تعين على ظهور هذا المرض

واما معالجة المرض نفسه فلا يمكنا اتمام دلالاتها بالكفاية لعدم وجود وسائط

نوعية عندنا تضارب السم الدوسنطاري وقد ترك الآن بحق جميع الوسائط
التي يقصد بها قطع سير هذا المرض كالفصد الغزير والمقيآت والمسهلات
الشديدة وتعاطي مقادير عظيمة من الافيون ويقتصر الآن على اتمام
ما تستدعيه المعالجة العرضية فمن الموصى به ان يبتدأ في المعالجة
باستعمال مسهل لطيف كسقلب زيت الخروع والتمر الهندي او الملح
المر او الزئبق الحلو وكل من تلطيف الزحير والام البطن وقلة تكرار التبرز
الذي يعقب تأثير هذه الجواهر المسهلة اللطيفة يوجه بدفع المواد الثفلية
المتراكمة اعلا الجزء العلوي الملتهب والمنقبض انقباضا تشنجيا من التهيج
وكثير من الاطباء من يكرر استعمال هذه المسهلات اللطيفة متى لم تحتو
المواد البرازية على مواد ثفلية مدة يومين ولا يجوز استعمال مقيء من
عرق الذهب وحده في ابتداء هذا المرض الا في الاحوال التي تكون
المعدة فيها ممتلئة بمواد غير منهضمة وينبغي للمريض المصاب بالدوسنطاريا
ملازمة الفراش ولا يتعاطى مواد غذائية صلبة ويطفي عطشه
بواسطة سوائل فاترة وتكون تغذيته من الشوربات الخفيفة فان
كان قوي البنية دموي المزاج يعطى له شربه مائية غروية وان كان
ضعيف البنية انيماويا وكان عنده شهية وهضمه غير مضطرب وجب
الاجتهاد في حفظ قواه من الابتداء باستعمال امراق مركزة وصفار
البيض وعصارة اللحم واللبن المخفف النقي ويكاد يحصل لاغلب المرضى
راحة من استعمال الوضعيات الفاترة على البطن واما استعمال المثانات
الجليدية على البطن او المكمدات الباردة التي أوصى باستعمالها بعضهم
عند وجود الام شديدة في البطن مع ارتقاء في درجة الحرارة فلم يتحقق منفعته
في التجارب المجموعة الى وقتنا هذا وان كانت الام البطن شديدة جدا
ولم تتلطف بالوضعيات الفاترة او الباردة وخشي من زيادة حساسية البطن
حصول مضاعفة بريتونية فيحصل ولا بد فائدة عظيمة من ارسال العلق على
البطن السفلي بقدر (من ١٠ - ٣٠ عند الاشخاص التامين النمو)
ويحفظ سيلان الدم من محل لذغه بواسطة الضمادات الفاترة وعند
ما يكون الزحير مؤلما للغاية ولم يحصل ضعف عند المريض يجب ايضا ارسال

العلق

العلق على الشرج فان ازداد الاسهال جدا وتكرر بكثرة وازداد الم البطن وصار التبرز متعبا للغاية وجب ولابد استعمال الافيون مع التكرار بمقادير مناسبة لحالة المريض فحينئذ يحصل منه على الدوام تلطيف فى حالة المرض سواء استعمل بانفراده اومع غيره من الجواهر الدوائية كالزئبق الحلو والتنين وخلات الرصاص فان لم يثمر الافيون ولم يتحصل منه على فائدة كان ولابد استعمال كل من نترات الفضة والقوابض النباتية كساق الحمام والراتانيا وقشر العنبر من الباطن قليل الجدوى

واما استعمال الجواهر الدوائية على شكل حقن ففيه وجه تفضيل عن المعالجة الباطنة لكون الجواهر الدوائية بهذه الطريقة تؤثر على الغشاء المخاطى المريض مباشرة وانما يعترض على هذه الطريقة بكونها مؤلمة عند ماتكون حساسية الشرج متزايدة جدا ويكون السوائل المحقون بها لاتلامس المعاء الغليظ الا فى جزئه السفلى ومهما كان فنفعة هذه المعالجة الموضعية تغلب على ضررها سيما وانه باستعمالها اللطيف يمكن منع حصول الالم فى الشرج وازديادة ازديادا عظيما ومن الجائز انه فى المستقبل بالممارسة فى استعمال طريقة هيجار التى بها يمكن ملء المعاء الغليظ بالسائل بتمامه تصير معالجة الدوسنطاريا موضعية بالكلية اى قاصرة على الغشاء المخاطى المريض وهذه الطريقة يلزم لاجرائها بدلا عن الحقن ذوات الطلمبات المعتادة آلة التشلشل على الجروح بالجهاز المكون من مبسم ز يتوفى الشكل لاجل الدخول بسهولة فى المستقيم وانبوبة طويلة من الصمغ المرن وقمع من الزجاج فعلى حسب درجة رفع القمع المتصل باحد طرفى الانبوبة المرنة وقت صب الماء فيه يمكن ضغط عامود السائل فى المعاء كثرة وقلة ولاجل ملء الاجزاء العليا من القولون الغليظ اوصى هيجار بوضع المريض وضعا به يزول بالكلية العائق المانع من دخول السائل فى المعاء وذلك هو الوضع الركبى المرفقى او الوضع الركبى الكتفى وهو الاوفق اذ بهذا الوضع يصير كل من الرأس والصدر منخفضا عن الحوض وفى هذا الوضع يمكن ان يصب فى القولون من ٤ ليترات الى ٥ مع الاحتراس فى منع جريان السائل زمنا فزمنا بواسطة الضغط على الانبوبة المرنة وسدها وعند الاشخاص الكثيرى الحساسية او

المتروكين يتجنب المعلم موسلير الوضع الركبي المرفقي وقال انه يمكن صب جملة ليترات من الماء في الوضع الظهري الاعتيادي وذلك برفع القمع جدا من المستقيم والغالب ان تستعمل حقن صغيرة من النشاء أوجواهر غيره من السوائل الغروية مضافا اليها بعض نقط من صيغة الافيون او تستعمل اقماع مستقيمية أي الشياف من زبدة الكاكاو مدهونة بالمرفين او بخلاصة الافيون وذلك لاجل تلطيف الزحير ولاجل مضاربة التغير الالتهابي الدوسنطاري فاجود مايستعمل الحقن المأخوذة من محلول الحجر الجهنمي من جزء منه الى ٢ على ١٠٠ من الماء المقطر وتستعمل مرة او مرتين في النهار (واجود نجاحا شاهدته من هذه الطريقة هو استعمالها اولا عند الاطفال ولو الرضع عندما تكون الدوسنطاريا دموية وذلك ان يستعمل في مثل هذه الاحوال حقنا صغيرة مركبة من قمحتين من نترات الفضة على اوقية من الماء القطر ويحقن بهذا السائل مرتين في النهار وبعد الحقن به تستعمل حقن أخرى من زلال البيض الممزوج بالماء ونجاح هذه الطريقة البين آت من كون التغير المرضي الدوسنطاري قاصرا على الجزء السفلي من القولون وثانيا في احوال الدوسنطاريا المزمنة عندما تكون على الشكل الجرابي وقاصرة على الجزء السفلي من المعاء الغليظ أيضا) وكذا قد استعمل في العصر المستجد بناء على نجاح كلورات البوتاسا في الدفتيريا الحلقية هذا الجوهر على شكل الحقن في الدوسنطاريا بقدر جم ونصف على ٦٠ جراما من الماء الفاتر وفي الدوسنطاريا الدفتيرية الثقيلة قد لا يحصل ادنى ثمرة في كثير من الاحوال وكل من الضعف العظيم للمرضى والشلل المهدد بالحصول يمنعنا من استعمال كل من الاستفراغات الدموية والزيبق الحلو مع الافيون فيقتصر في مثل هذه الاحوال على استعمال الوسائط الدوائية المقوية المنعشة لاجل حفظ قوى المرضى وتجنب حصول الشلل واما تأثير ونجاح حمض الفنيك الذي مدحه في العصر المستجد الطبيب (اميلونج) فلابد من التمادي على التجارب به حتى يتايد ذلك وهو يستعمل بالكيفية الآتية بان يؤخذ من حمض الفنيك (جرام واحد ومن روح النبيذ المكرر ١٥ نقطة ومن صيغة الافيون ٢٠ نقطة ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما ومن

محلول الصمغ العربي وشراب الديا كود من كل ٢٥ جراما ويعطى من ذلك ملء ملعقة كبيرة كل ثلاث ساعات) والممدوح في الدوسنطاريا المزمنة استعمال الحقن المأخوذ من محلول نترات الفضة او من محلول كبريتات الخارصين وذلك مع استعمال اغذية لطيفة وان لم توجد مواد برازية متجمعة على الجزء المريض من المعاء وكانت المواد البرازية المخاطية القيحية او المخاطية المدممة مختلطة بمواد ثفلية سائلة وجب استعمال القوابض من الباطن لاسيما التنين وساق الدمام والراتانيا ونحن نفضل في مثل هذه الاحوال استعمال الكادا الهندى (٨ جرام على ١٨٠ جراما من الماء و ١٥ جراما من الصمغ العربي ويعطى من ذلك ملء ملعقة كل ساعتين) واما استعمال الاستحضارات الحديدية والكينية والوضعيات الباردة على البطن بطريقة برزنتس وتغيير الهواء والحمامات الفاترة فقد تكون مساعدة على شفاء القروح المعوية

(واما مد الجة الدوسنطاريا بالهندى الشعيرى كما يفعلها عوام مصر بكثرة ومدحها بعض الاطباء فيظهر انها تؤثر كتأثير المسهلات اللطيفة وليس عندى تجارب خاصة بذلك)

﴿في الامراض التسممية التي تنتقل من الحيوانات الى النوع الانساني﴾

ولنذكر هنا كلا من داء ﴿التريشين﴾ اى التسمم بالديدان الخنازيرية وداء السراجة والكلب واما الجمرة الخبيثة فلا نتعرض لها هنا حيث ان هذا المرض يذكر في كتب الجراحة فنقول

﴿المبحث الاول في داء التريشين﴾

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما وجد في السنين الماضية زمنا فزمنا عند فعل الصفات التشريحية المختلفة في عضلات الجسم جسيمات عديدة مبيضة على شكل نقط وبالبحث عنها بالميكرسكوب شوهد انها اكياس صغيرة محتوية على ديدان خيطية الشكل ملتفة التفافا حلزونيا (وهى التريشين الحلزونية التي استكشفها اوفين ١٨٣٥) وهذه الديدان لم يمكن اثبات وجود اعضاء تناسلية فيها ولذا كان من المبهم جدا منشاءها ومن اين وصلت الى العضلات وهل هى قابلة

للنمو أم لا ثم انه فيما بعد قد اتضح بتجارب كل من الشمبرور جوف وليكهرد سنة ١٨٦٠ بتطعيم بعض الحيوانات باللحم المحتوى على التريشين ان التريشين العضلية متى وصلت الى المعدة تنحل محفظتها وتصير سائبة فتصل بسرعة الى المعاء الدقيق بحيث انه عما قليل من الايام بل فى اليوم التالى غالبا تنمو هذه الديدان وتستحيل الى التريشين المعوية ذات الاعضاء التناسلية فبعد ان كانت شعرية الشكل طولها نحو واحد ميلليمتر يصير طول الذكر منها واحد ميلليمتر ونصف والانثى من ٢ ميلليمتر الى ٣ وبعد اليوم السادس تلد كل انثى التى هى أكثر عددا بعد تلقيحها نحو الالف جرثومة حية بدون محفظة سابحة فى الغشاء المخاطى المعوى وتبتدى فى السبح بعد اليوم العاشر من تعاطى اللحم المحتوى على التريشين بعد ثقب القناة المعوية وهذا السبح يحصل من خلال البرتيون او بين الوريقات المساريقية وبين الياف المنسوج الخلوى الكائن بين الالياف العضلية أو مع الدم وتصل الى العضلات الارادية وهناك يقف سبحها وعدد الجرائيم السابحة قد لا يحصى وتوجد كثيرة الاجتماع والتراكم فى انتهاء جسم العضلات عندما تستحيل الى اوتار والظاهر انه يتعذر ثقبها هنا واكثر ما تسبح التريشين فى عضلات القطن والحجاب الحاجز والعضلات بين الاضلاع وعضلات العنق والمقلة والحنجرة وبالنسبة للاطراف هنالك قاعدة وهى انه كلما بعد عن الجزع كلما قل عدد التريشين فى العضلات ولم يشاهد سبح جرثومة التريشين اصلا فى الانسان فى الطبقة العضلية للقلب وسبح التريشين فى العضلات يؤدى لالتهاب جوهرى وخلالى فيها والتريشين السائبة لا تنظر بالعين العارية مدة سبحها وهى تتغذى ابتداء فى باطن الحزم العضلية ثم تقف فى سبحها وفى ظرف بعض اسابيع تستحيل الى دقس التريشين العضلية وفى المحال الكائنة فيها يؤدى التهيج الناشى عنها الى تلاشى الالياف العضلية واستحالتها الى جوهر ذى تحبب دقيق وأما غمدها فيتكاثف وينكمش من طرفيه فتبقى الدودة ملتفة التفافا حلزونيا فى المسافة الخالية وفى محيط الغمد الظاهر تتكون أوعية جديدة واما الجوهر الحبيبى الكائن داخلها فانه يتكاس بحيث ان المحفظة الديدانية تظهر للعين العارية على شكل جسم مبيض ويلزم لتكوين الاكياس الديدانية زمنا قدره شهران والديدان

التريشينية المحاطة بمحافظها يمكن أن تبقى وتستمر جملة سنين بحيث ان لحم مثل هذه الحيوانات متى استعمل في الغذاء ينتج عنه التسمم بهذه الديدان واسباب داء التريشين في الحيوانات مجهول الى الآن

ومن اعظم الامور واهمها الجواب عن مسألة منشأ التريشين في الخنازير وقول ليكاردان التريشين طفيلي منشاؤه الجرذان قد وقع فيه الشك الآن بواسطة ابحاث زنكر وليسرنج فان الاول قد اجتهد في ثبوت كون الجرذان المصابة بالتريشين تكاد توجد على الدوام في المحال التي يوجد فيها بقايا الجيفة من الخنازير المقتولة فتتغذى منها وعضد جرلاخ القول بانه على الدوام لا توجد التريشين في الجرذان الا في المحال الموجود فيها خنازير تريشينية أو حيوانات أخرى من اكالة اللحوم فالخنازير وان اصيبت وتسممت بالجرذان التريشينية الا ان الخنازير هو الحامل الاصلي لهذا الحيوان الطفيلي والكيفية التي بها يكتسب الخنزير هذا الداء هي الآتية تبعا لزنج وهي اولا التسمم عقب ازدراد جرثومة التريشين المحوية مع المواد البرازية المتقذفة من حيوانات مريضة وثانيا أكل لحوم خنازير اخرى مصابة بهذا المرض كما يحصل ذلك في بعض الزرائب التي تربى فيها الخنازير فانه كثيرا ما ترمى بقايا الجيفة بعد قتل بعضها الى خنازير اخرى لتتغذى بلحمها

واما نوع الانسان فلا يظهر عنده داء التريشين الا بواسطة تعاطي لحم الخنزير المحتوى على هذه الديدان واكثرها خطرا اكلها نيئا ولذا ان هذا المرض يشاهد بكثرة في الجهات التي فيها توجد العادة الخطرة من تعاطي اللحم نيئا ويكون اكثر واشد منه في غيرها من الجهات وزيادة عن تعاطي اللحم نيئا فان هذا اللحم قد يجهز بكيفية بها لا تقتل الديدان التريشينية بكيفية تامة فان القطع العظيمة من هذا اللحم ولو المطبوخة او المحمرة قد تحتوى على هذه الديدان في اجزائها الباطنة غير النضجة التي يسيل الدم منها عند شقها فان هذه الديدان مادامت في الاجزاء الباطنة لا تهلك ولو تعرضت هذه القطع العظيمة من اللحم في اثناء الطبخ لدرجة حرارة كافية لقتلها بل وفي القطع الصغيرة قد تبقى هذه الديدان حية مادام طبخها غير تام كما تبقى في قطع السجق فكثيرا ما شوهد التسمم بالتريشين بعد تعاطي هذا اللحم

المجهز مهما اختلفت كيفية تجهيزه واما التمليح المستطيل للحم الخنزير بدون صب الماء عليه فانه يهلك التريشين على الدوام واما اذا كان التمليح غير تام ولا مستطيل فان الديدان تبقى حية فيه بكمية عظيمة وكذا الاهلاك من هذه الديدان بواسطة التدخين والتجفيف الاما كان على السطح الظاهر ماعدا التدخين الساخن على النار واقل الطرق اتلافا لهذه الديدان هى طريقة التدخين السريع التى بها يدهن لحم الخنزير بالخل او السكر يوزوت ويعلق على الدخان زمنا قليلا فان التسمم بعد التعاطى باللحم المجهز بهذه الكيفية قد شوهد منه عدد عظيم وقلة مشاهدة هذا المرض فى جنوب اوربا ناشئ ولا بد عن كراهة تعاطى لحم الخنزير بدون طبخ جيد

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التى تحصل عند الاشخاص المعتريها داء التريشين فى الاسابيع الاول ليست معروفة الى وقتنا هذا لكن من ابتداء الاسبوع الخامس تظهر فى العضلات التى لم تزل حراقانية علامات الالتهاب الخلالى والجوهرى على شكل اشرطة سنجابية دقيقة وقد ذكرنا فيما تقدم الصفة الميكرسكوبية لهذه الاجزاء وان حصل الموت فى الاسبوع العاشر وجدت العضلات ضامرة باهتة وتستحيل الى المحافظ التريشينية التى ترى بالنظر العارى وعدد الديدان التريشينية يكون اعظم وامتدادها اوضح كلما كانت الاصابة طويلة ففى الاحوال المستطيلة جدا يمكن ان ترى عضلات الاطراف مرصعة بتلك الديدان وهذا الامر والتجارب المعلومة من انه يوجد الى انتهاء الاسبوع السابع أو الثامن ديدان تريشينية معوية حية ممتلئة ببيض وجراثيم تقرب من العقل ان الديدان التريشينية المعوية لا تلد ديدانا حية مرة واحدة بل مرارا عديدة بحيث ان سيرها فى العضلات يتجدد من جديد وباقى التغيرات المرضية التى توجد فى جثث الهالكين بهذا المرض لا تكون واصفة ويوجد فى الجثة اوذيما الاطراف السفلى والطحال يكون قليل الانتفاخ أو غير منتفخ بالكلية وكل من جوهر القلب والكليتين يكون فى حالة انتفاخ متكدرا وخويصلات الكبد تحتوى على

كمية كثيرة من الشحم وفي كثير من الاحوال توجد التغيرات الخاصة بالالتهاب الشعبي الممتد ويوجد في الرئتين ارتشاحات انحداريه او تغيرات التهابية وفي بعض الاوردة سدد ذاتية

﴿الاعراض والسير﴾

من منذ ما اوضح المعلم زنكر سنة ١٨٦٣ الاستكشاف المهم من ان سبح الديدان التريشينية في الجسم الانساني يحدث مرضا ثقيلا قتالا قد صار شرح احوال متفرقة من هذا المرض بل واوبية قتاله منه شرحا كافيا ومن الواضح ان الاصابة التي تنتج عن دخول التريشين في الجسم تظهر اختلافا عديدا على حسب كمية الديدان التريشينية الحية التي تنفذ في القناة الهضمية كما وانه من الواضح ايضا ان هذا المرض في الاحوال الواضحة منه يميز له جملة ادوار اولها يتعلق بوجود الديدان التريشينية في المعدة والمعاء ونموها فيها والثاني بنفوذ الجراثيم العديدة لتلك الديدان في العضلات والثالث بانتهاء سبح تلك الديدان اوتناقص تهيج العضلات عند تكون المحافظ التريشينية

ففي الدور الاول لا يكون عند المرضى ادنى مكابدة قبل هضم اللحم المتحصل بتلك الديدان وانطلاقها بل وفي بعض الاحوال تفقد العلامات المرضية ايضا في الزمن الذي تضير فيه تلك الديدان سائبة في المعاء وتتناسل فيها وتثقب جدرها وهذا ما يسمى بالتريشين الكامنة فمثل هؤلاء المرضى تكون شهيتهم جيدة وتبرزهم منتظما وهم وان كانوا في حالة تعب وانحطاط وبشتكون بآلام متحيرة ونوع جساوة في الاطراف لكن يكون لهم قدرة على الخروج من امكنتهم والسعي في اشغالهم ثم تتركز الآلام شيئا فشيئا وتتحدد في بعض العضلات وهذه الاخيرة تنتفخ وتصير صلبة يابسة وتظهر الاوذيما وتتضح الحمى وباقي الاوصاف الواصفة للالتهاب العضلي التريشيني ومن القريب للعقل هنا القول في مثل هذه الاحوال انه لم يصل الى المعاء الا القليل من الديدان التريشينية او انه لم يبق الا القليل منها بحيث ان كلا من قلة نمو الديدان التريشينية وقلة سبح فقسها الحديث لم يكدر وظائف المعدة والمعاء الا قليلا بخلاف اصابة العضلات فانها ترتقي الى درجة عظيمة بواسطة تكرار نمو الديدان التريشينية الجديدة وسبحها واما انتقال داء التريشين

الكامن من حالته الى حالة وضوح خطارة فعسر التوجيه مالم يكن ذلك ناتجا عن سبح فقس جديد من تلك الديدان فى الاعضاء التنفسية

ويخالف بالكلية السير الكامن لهذا المرض وفقد الاضطرابات الهضمية ابتداء هذا المرض فى بعض الاحوال بظواهر معدية معوية شديدة للغاية فان الاصابة الاولى فى الوباء المشهور الذى حصل فى المانيا قد ظن ابتداء انه وباء هيضى فانه قد كان يظهر عند المرضى ابتداء قيئ واسهال شديدان يكاد لا يمكن ايقافهما ومات بهذا المرض فى الابتداء ثلاثة أشخاص فى اليوم السادس بعد التسمم بظواهر تكاثف الدم والشلل وقد ارتكن كل من كرتس روبر بكت فى التمييز العسر بين الهيضة الترشينية والآسية والافرادية الى وجود الالم العضلى التوترى الخاص الذى يصاحب الشكل الاول الذى يكون مجلسه العضلات القابضة من الاطراف العليا ويزداد عند حركة القبض او الضغط وهجوم داء التريشين على الشكل الهيضى غير الكثير الحصول يدل على انه وصل الى المعدة عدد عظيم جدا من التريشين الحية وان كلا من جدر المعدة والمعاء اعتراه تغيير مرضى قوى وهذا يثبت بكون الاعراض الهيضية لم تشاهد الى وقتنا هذا الا عند التسمم باللحم النى

ومع ذلك فكل من فقد الظواهر المعوية وظهور نوب شديدة من القيء او الاسهال لا يشاهد بعد تعاطى اللحم المحتوى على الديدان التريشينية الا فى احوال قليلة والغالب ان تشتكى المرضى بعد التسمم ببعض ساعات او ايام باحساس بانضغاط شديد فى القسم المعدى مع تجشى وغثيان مصحوب باحساس بتعب وانحطاط عمومى وفى العادة يحصل قيء يتكرر بعض مرات وينقذف به مواد مخاطية او صفراوية وكثيرا ما يحصل اسهال ينقذف به مواد سائلة تكون ابتداء مسمرة ثم سحابية واضحة وتكون احيانا شبيهة بماء الارز وفى احوال أخرى يوجد امساك وبعد اليوم السابع من تعاطى اللحم المحتوى على التريشين ودخوله فى المعدة أى فى الزمن الذى يبتدى فيه سبح الجراثيم الديدانية فى الجسم ينضم للظواهر المعدية ان كانت حصلت ظواهر خاصة بسبح تلك الديدان فى العضلات وهى الام تظهر على شكل مخبر

والاحساس بجساوة فى العضلات واوذيما خاصة فى الوجه يكثر انضاحها فى الاجفان تمتد احيانا الى الملتحمة بحيث تتكون الحويصلة الاكموزية الملتحمية وعما قليل تصير حركات المرضى عسرة للغاية وذلك اما لكون العضلات تزداد جساوتها وتيبسها شيأ فشيأ او لكون تحركها يصطحب بالام شديدة جدا وجسم العضلات ينتفخ انتفاخا عظيما ويصير متوترا يابسا قوامه كالصمغ المرن شبيها بالتيبس الرمى وفى الاحوال الثقيلة جدا من هذا المرض يصير وضع المرضى واصفا فتكون على الدوام مستلقية على الظهر والذراعان منثنيان على شكل زاوى فى مفصل المرفق والكتفان والركبتان مرتفعة مثنية ويتجنبون كل حركة لما يحصل عندهم من الآلام وقد وجه كونهيين هذا الوضع باهتمام المرضى باخذ وضع فيه لا يعترى عضلاتهم الا قليل من الانجذاب والتوتر ومن القريب للعقل ان كثيرا من أحوال التريشينى فى العصر المتقدم كان يعتبر نظير الذلك آفات روماتزمية

وينضم لانتفاخ العضلات اوذيما جلدية تمتد من العضدين الى قبضة اليدين ومن الفخذين الى أسفل القدمين بدون ان تصيب الصفن والشفرين العظيمين ويندران تفقد اوذيما الوجه والاطراف لكنها تكون فى الغالب وقتية وغير عظيمة وتوجيه هذه الاوذيما لم يتضح بالكلية الى الآن فان بعضهم يعتبرها تفممية جانبية وبعضهم ينسبها السدد ذاتية فى الاوعية الينفاوية اولانسداد الاوعية الرقيقة الجلدية بواسطة التريشين وتنسب فى الادوار المتأخرة من هذا المرض لضعف حركات القلب والتنفس (ومن الجائز ان يكون ذلك ناشئا عن تراكم الديدان التريشينية فى الحجاب الحاجز) وينضم للاعراض المذكورة من الاسبوع الثالث الى الخامس نوب عسر عظيم فى التنفس تتعلق ولابد بوجود الديدان التريشينية فى عضلات التنفس وهذه النوب تزول عادة فى الاسبوع السادس ان لم يطراء الموت وباصابة عضلات المزمار بالديدان التريشينية يصير الصوت عند بعض المرضى ابح ولهذا السبب يحصل أيضا عسر فى حركة المقلتين والمضغ والتكلم والازدراد

واما الحمى فى داء التريشين فانها قد تفقد بالكلية فى الاحوال الخفيفه بحيث ان المصاب بهذا المرض لا يلزم الفراش واما فى أحواله الشديدة فانه يحصل بعد التسمم بايام قليلة حمى كثيرة الشدة او قليلتها ذات طرز متردد وكون تموجات الحرارة فى هذا المرض تشابه تموجاتها فى التيفوس البطنى واصطحاب هذا المرض غالبا باسهال وعدم وجود تغيرات جوهرية فى باقى الاعضاء آدى فى بعض الاحوال الى اشتباه هذا المرض بالتيفوس وسرعة النبض تطابق فى هذا المرض ارتفاع درجة الحرارة فقد يصل فى الاحوال الثقيلة الى ١٢٠ فى الدقيقة الواحدة وهناك عرض واصف نوعا لهذا المرض وهو العرق الغزير المصحوب بطفح دخنى احيانا يبتدى عادة فى الايام الاول من هذا المرض و يستمر فى اثناء سيره والتأثير الذى تحدثه الحمى التريشينية فى الحالة العامة وفى الدماغ وباقى الوظائف يطابق بالكلية ما يحصل فى غير هذا المرض من الامراض المصحوبة بارتفاع عظيم فى درجه الحرارة فالنبض يصير صغيرا ضعيفا والعطش محرقا واللسان جافا وتقع المرضى فى حالة هبوط او هذيان وقد يحصل تقلص واهتزاز فى بعض العضلات وغنغرينا موضعية فى العجز وبهذه الظواهر التيفوسية يمكن ان تهلك المرضى لكن طروّ كل من الالتهاب الشعبى المنتشر والتغيرات الانحدارية والارتشاحات الرئوية الالتهابية ينوّع الصورة المرضية التى يسير بها داء التريشين

وسير هذا المرض لا يظهر فيه انتظام وتتابع واضح فى الاعراض الا فى الاحوال الثقيلة جدا بخلافه فى الاحوال الخفيفة فان الظواهر الابتدائية لهذا المرض التى تطرأ بسرعة فى الاحوال الثقيلة لا تتضح الا بعد جملة أسابيع بل وقد تكون الظواهر المعدية المعوية الناتجة عن التريشين المعوى واهية جدا أو تفقد بالكلية وكذا الاعراض العضلية المتعلقة بسبح جراثيم تلك الديدان فيها قد تكون خفيفة جدا ولا تصل لشدة عظيمة الا بعد جملة اسابيع اى بعد ازدياد كمية التريشين العضلية عقب تكرار سبح النفس الجديد وتكاثره فى العضلات شيأ فشيأ وبعض الاحوال الخفيفة من داء التريشين قد تشفى بعد بعض أيام او اسابيع والغالب ان يمتد هذا المرض

زيادة عن ستة أسابيع او سبعة بل جملة أشهر فى الاحوال الثقيلة والمرضى التى تكون وصلت مخافتها الى اعلى الدرجات تبقى شديدة الحساسية والضعف وتعود لقواها ببطء الى ان يتم تكيس الفقس التريشيني

وانذار داء التريشين يتعلق بالكمية التى وصلت الى المعدة والمعى من هذه الديدان فيكون التسمم حينئذ عظيما متى كانت كمية اللحم المشحون بها عظيمة وكان مجهزا بكيفية غير لائقة وكافية لقتلها وظهرت الاعراض المرضية بشدة بعد التسمم حالا وقد وصل عدد الهالكين من هذا المرض فى بعض الاوبية الى ٣٠ فى المائة ومن النادر أن يحصل الموت فى الاسابيع الاول بل الغالب حصوله فى الاسبوع الرابع او السادس وفى أحوال أخرى يتأخر حصوله عن ذلك وتشخيص هذا الداء وان كان سهلا جدا فى الاحوال التى تشاهد مدة تسلطن وبائه اوعند وجود بعض أحوال متفرقة ايقظت فكر الطبيب لها الا انه عسر للغاية عند وجود حالة منفردة سيما ان كان سيرها غير اعتيادى والاعراض الواصفة هى التغيرات العضلية السابق ذكرها وكذا اوذيما الوجه والاطراف التى لا يمكن توجيهها بكيفية أخرى ومتى حصل الظن بوجود داء التريشين أمكن الوصول الى معرفة الحقيقة مع التأكيد بالبحث الميكرسكوبى عن باقى قطع لحم الخنزير الذى تعاطى المريض منه واما البحث عن المواد البرازية للعثور على التريشين المعوية فلا يؤدى غالبا للمقصود فانه يندر خروجها مع البراز

﴿المعالجة﴾

اما المعالجة الواقية فمن المحقق انه بواسطة اجراء البحث الميكرسكوبى عن اللحم بواسطة أشخاص متمرنين على ذلك سيما قطع اللحم المأخوذة من عضلات الحجاب الحاجز وعضلات الحنجرة لجميع الخنازير المذبوحة يمكن به ولابد منع أوبية جديدة من هذا المرض وكذا من الجائز وجود أشخاص فى المدن العظيمة والقرى يمكن تعليمهم بطريقة عامة البحث بالميكرسكوب بحيث يمكنهم فى كل حالة راهنة الحكم مع التأكيد بان كان اللحم المجلوب لهم للكشف محتويا على التريشين ام لا والايصاء باتباع ذلك الكشف

على اللحم بطريقة جبرية وان جاز لم نزل نحذر من الامن التام فى ذلك فانه لا يمكن الاعتقاد بالامنية التامة فى الاشخاص الذين يتعاطون فى القرى بالبحث الميكرسكوبى فانهم بعد البحث جملة سنين عن هذه الديدان ولم يجدوها لا يتمادون فيما بعد على البحث بالذمة والدقة التامين بل ومن الواضح الاكيد ان اجرا البحث الميكرسكوبى عن اللحم ان لم يفعل بغاية الدقة يصير خطره وضرره أكثر من نفعه فان الاشخاص يركنون عليه ويتعاطون لحم الخنزير بدون احتراس فالواسطة الوحيدة التى تقى من التسمم بداء التريشين هى منع تعاطى لحم الخنزير مالم يكن مجهزا بالطبخ كيفية بها يتم هلاك الديدان التريشينية الموجودة فيه فكل من أراد تعاطى لحم الخنزير النئ او المدخن او السجق يلزمه ابتداء التأكيد من كون الخنزير الذى أتت منه هذه المواد لا يحتوى ابدا على الديدان الترشينية

وأما معالجة المرض نفسه فمن الواضح مما ذكرناه على تكاثر واستمرار الترشين فى العضلات عدم الوصول الى معرفة طرق علاجية بها يمكن قتل الديدان السابحة فى العضلات بدون ضرر بالنسبة للمريض لكن من الجائز فيما بعد الوصول الى معرفة طرق علاجية بها يمكن قذف الديدان الترشينية المعوية بسرعة أو قتلها وهذا الامر لا ينبغى فى المستقبل اجراؤه فى الاحوال الحديثة فقط بل وفى اثناء سير هذا المرض فانه من المعلوم الثابت ان الديدان الترشينية تسبح فى العضلات ثانيا بعد عدة اسابيع والى الآن لم تثمر فى ذلك الجواهر الطاردة للديدان المشهورة كما اوصى به (افر بدرايش) وهو بيكرونترات الصودا او البوتاسا والبنزين الذى اوصى به (موسلر) وملح الطعام وزيت الترمنتينا او السنتونين ونحو ذلك فانها لم تؤد للغاية المقصودة وكذا الجلسرين الذى يهلك الديدان الترشينية بسرعة عقب أخذ مائيتها لم يصادف محلا فى مشاهدتين شاهدها الطبيب (منديل) ومع ذلك فجميع هذه الجواهر العلاجية ينبغى تجربتها عند وجود فرصة جديدة وكذا العشم بطرد الديدان الترشينية المعوية بواسطة المسهلات الشديدة أو زيت الخروع او الزيبق الحلو لم يصادف محلا الى وقتنا هذا وعلى كل حال فالمعالجة تكون عرضية فالحمى تضارب بالكينين والانحطاط والهبوط

يقاومان

يقاومان بالمنعشات والانيميا بالمركبات الحديدية واقوى الوسائط في الانتفاخ العضلى المؤلم الحمامات الفاترة المستمرة المستطيلة

﴿المبحث الثانى﴾

(فى داء السراجة ويسمى بالداء الرطب وبالسقاوة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

يحصل عند الحيوانات ذوات الحافر المنفرد كالخيل والحمير والبغال مرض تختلف تسميته بحسب المحل المصاب المؤثر عليه الاصل المعدى فيسمى بالسراجة اوبالسقاوة فأماسم السراجة الذى هومماثل لسم السقاوة فانه يتولد فى الجسم المتسمم به وانتقاله من الحيوان المريض المتولد فيه هذا السم الى حيوان آخر هو السبب الوحيد فى انتشار هذا المرض وبعبارة اخرى داء السراجة يعتبر من الامراض المعدية المحضة وسم السراجة الذى ليس معلوما لنا كغيره من الاصول المعدية لابصفاته الميكرسكوبية ولا الكيماوية وانما نعرفه بمجرد تأثيره يوجد فى متحصل عقد السراجة والسيلان الانفى وفى الدم والافرازات كالبول واللعاب والعرق ويوجد عند الانسان قابلية للتأثر من هذا السم (الخاص بالخيل) وان كان ذلك بكيفية محدودة والعادة أن تحصل العدوى عند الانسان بواسطة تأثير هذا السم على أجزاء منجرحة اومتسلخة من الجلد عند تنظيف الخيل المريضة وعند سلخها اوذبحها اوطبخ لحمها اوعند عطاسها بقوة وانقذاف الافرازات المرضى من الانف بقوة ووصوله الى الغشاء المخاطى الفمى والملتحمة عند الانسان وملامسته لها ومع ذلك فقد تحصل العدوى بدون ملامسة لاواسطية للافرازات المرضى اى بواسطة اصل معد طيار ولذا ان الاشخاص الذين يبيتون فى اصطبلات الخيل المريضة بالسراجة لا يكونون مصانين عن الاصابة بهذا المرض ويظهر فى بعض الاحوال حصول العدوى بمجرد ملامسة الحيوانات المريضة اوافرازاتها المرضية بدون وجود جروح سابقة لذلك وحينئذ فلابد وأن تكون افواه الغدد الجلدية هى التى قبلت الاصل المعدى ومن الواضح أن هذا المرض يصيب على الخصوص الاشخاص الملامسين للخيل بكثرة واما اصابة شخص من

شخص مريض آخر فنادر جدا

(الصفات التشريحية)

التغيرات الغذائية التي يحدثها التسمم بسم السراجة عبارة عن ظهور اورام عقدية مخصوصة في الغشاء المخاطي للانف والغدد الليمفاوية الظاهرة والعضلات والرئتين وغيرها من الاعضاء وهذه الاورام تكون ابتداء يابسة ثم تلين بسرعة وتتلاشى وتستحيل الى خراجات وقروح وهذه الاورام العقدية تتكون عن نمو خلوى على رأى ورجوف ويوجد في الحديث منها اخلية جديدة صغيرة ونوايات عديدة سائبة واما العظيم منها فيوجد فيه اخلية عظيمة ذات نوايات مصطفة بجوار بعضها ومكونة لجوهر تلك الاورام وعند تقدم سير هذا المرض يعترى الاخلية القديمة تغير فتمتلئ عادة شحمية حبيبية وتفقد دائرتها الواضحة وتتلاشى بحيث ان العقد لاتحتوى انتهاء الا على بقايا من جزيئات قليلة متفرقة وقد نبه ورجوف على تماثل التكون المرضى في العقد السراجية والدرن لكنه نبه ايضا مع الوضوح على انه لايمكن الحكم على طبيعة التغير المرضى من هذا التماثل فان عين هذا التكون لاسيما تكون المادة الجبنية من عناصر خلائية لايحصل فقط في الدرن بل كذلك في القيح والسرطان والاورام اللحمية واما التغيرات التي تحصل في الغشاء المخاطي الانفي والمسماة بالسقاوة فانها تظهر على هيئة تعقدات صغيرة على شكل رأس الدبوس اوحب الشهدانج والقروح التي تخلف تلاشيها تكون ابتداء متفرقة اومجتمعة ثم تختلط مع بعضها شيأ فشيأ وبتكون تعقدات جديدة وانفجارها في قاع تلك القروح وحوافيها وحولها يمتد التهتك ويغور في العمق الى ان تتعرى الغضاريف والعظام ثم تتنكرز وتنفصل وظهور تلك التعقدات يصطحب بالتهاب نزلى في الغشاء المخاطي الانفي وهذا الالتهاب يشتد جدا حولها ويصطحب في الابتداء بسيلان افراز مائي صاف يكتسب فيما بعد صفة لزجة كثيفة قيحية وعند تقدم التقرح يصير متغير اللون فيشاهد احيانا محمر الاختلاطه بالدم واما التعقدات التي تتكون في الجلد والمنسوج الخلوى تحته المعروف بالسراجة الجلدية فتكون عظيمة في حجم الحمصة اوالجوزة وبعد

تقرحها تخلفها القروح المعروفة بالقروح السراجية وتكون مستديرة ذات حواف منقلبة الى الخارج او الداخل وذات قاع وسخ وتحدبات وافراز غزير من مواد صديدية كثيرا ما تلتصق بالشعر المحيط بها بكثرة مكونة لقشور يابسة سميكة وبالتهاب الاوعية اللينفاوية التهابا تابعيا وامتلائها بالمادة القيحية تتكون اشرطة سجية وهي المسماة بالاشرطة الديدانية وكذا العقد اللينفاوية قد يعتريها انتفاخ بل يوجد في باطنها تعقدات سراجية ومن المستغرب كون بعض العضلات يكون مجلسا لهذه التعقدات لاسيما العضلة ذات الرأسين والعضلات القابضة للساعد والعضلة الصدرية والداليه في محل اندغامها بل وقد توجد هذه التعقدات السراجية في الرئتين في حجم حب الشهدانج او الحمص وتبعا للمشاهدات الجديدة للمعلم قلوج ليست هذه التعقدات تولدات جديدة بل بورات التهابية متفرقة وكذا الطحال يكون عظيما منتفخا كثير الدم والكبد كذلك عظيما ماكابدا للاستحالة الشحمية وباقي الاعضاء يوجد فيها كذلك تعقدات سراجية او خراجات صغيرة وبهذه الاخيرة تكتسب جثة الهالكين بالسراجة صفة مشابهة للخراجات الانتقالية في التسمم الصديدي

﴿الاعراض والسير﴾

زمن تفريخ داء السراجة يمتد عادة جملة ايام واحيانا جملة اسابيع وهذا الداء يبتدئ في الاحوال التي يؤثر فيها سم السراجة بلا واسطة على جزء محدود من الجسم بظواهر موضعية بخلافه في الاحوال التي فيها يستنشق السم مع الهواء فانه يبتدئ بظواهر عمومية كالتعب والانحطاط وآلام الراس والاطراف وشبه آلام روماتزمية في العضلات والمفاصل وحيث ان هذه الظواهر ينضم اليها حمى ترتقي شيأ فشيأ فمن الجائز عند عدم معرفة السبب الوقوع في الخطأ والظن بان المريض مصاب بالتيفوس في الابتداء او بالروماتيزم المفصلي الحاد الى ان يتضح التشخيص فيما بعد بواسطة الظواهر الموضعية كالبثور في الجلد ونحو ذلك وبالاصابة الانفية الآتي شرحها وعند تأثير السم تأثيرا موضعيا تتضح ابتداء ظواهر التهابية في محل الاصابة كالاحمرار والانتفاخ والالم في المحل المصاب من الوجه او غيره من

الاجزاء المجرحة الملامسة لسم السراجة كالاصبع وبذلك يشبه التسمم بسم الرمة ثم تكتسب القرحة هيئة بشعة بحيث ان قاعها الشحمى يذكرنا هيئة الشنكر والعقد اللينفاوية المسامتة والاوعية الاينفاوية كثيرا ماتلتهب فينتفخ الذراع ويتغطى بحويصلات او بثور اويظهر فيه التهاب حمرى اوخراجات وقد تمتد هذه التغيرات الالتهابية الى جميع نصف الجهة المسامتة وان بقى الداء قاصرا على الغشاء المخاطى الانفى ولو كان هذا نادرا عند الانسان وكثيرا عند الخيل سال من احدى طاقتى الانف اوكلتيهما معا على حسب الاصابة افراز صديدى منتن مخاطى فى الابتداء ثم قيحى مدمم فيما بعد وحينئذ يحمر الانف وينتفخ وكذا الاغشية المخاطية الاخرى كالغشاء المخاطى الفمى والثوى والمقدمى والحلقى والحنجرى بل والشعبى لاينـدر ان يصاب بالالتهاب والتقرح بحيث تتضح الحالة الثقيلة لهذا المرض بظواهر حنجرية اورئوية وفى الاحوال ذات السير الحاد ترتقى الحمى الى درجة عظيمة وتكتسب الحالة التيفوسية فتؤدى للموت بعد بعض اسابيع بظواهر شلل القلب وفى احوال السراجة المزمنة تكون الظواهر المرضية بعينها كما فى الاحوال الحادة انما تكون بطيئة السير والظواهر الموضعية قد تقف بل تلتحم التقرحات والاصابة الانفية قد تفقد بالكلية عند النوع الانسانى اوتكون واهية جدا بحيث تختفى عند البحث غير الدقيق لكن عند تقدم السير تحصل اصابات سراجية متعاقبة فتظهر بثور وتعقدات عضلية والتهابات مفصلية مع انتفاخ فيها والتهابات فى الاوعية والعقد اللينفاوية وخراجات ونحو ذلك ثم تمتد الاصابة المرضية الى السمحاق والعظام فالمريض يفقد قواه بالحمى المستمرة اوالمترددة والاسهال المتكرر والعرق الغزير بحيث انه بحسب الظاهر يشبه المريض المسلول وكثيرا ماتهلك المرضى بعد بعض اشهر وانذار السراجة المزمنة ليس خبيثا جدا كانذار السراجة الحادة التى تكاد تنتهى دائما بالموت فقد دلت تقاويم المعلم (بولينجر) على انه لم يشف من ٣٨ حالة من السراجة الحادة الا واحد ومن ٧ من التحت حادة الا اثنان ومن ٣٤ من السراجة المزمنة الا ١٧ وقال (كوتنير) ان الاصابة فى السراجة باصل معد ثابت

احود

اجود فى الانذار من السراجة التى تنتج عن اصل معدطيار

﴿المعالجة﴾

من الامور المهم التمسك بها جدا بالنسبة للحكومة المحلية منع انتقال السم من الحيوانات المريضة الى الانسان بواسطة احتراسات صحية قاسية ويجب على الاطباء البياطرة ايقاظ الاشخاص المنوطين بخدمة الحيوانات ذوات الحافر المفرد وتعليمهم ظواهر هذا المرض عند الخيل وشدة خطره وفى الاحوال التى يدرك فيها تأثير سم السراجة على جرح يمكن العشم باستئصال هذا الجزء او بكى محل التلقيح كيا شديدا فى منع حصول التسمم العمومى واما الجواهر الدوائية الموصى بها عند انتصاح السراجة سيما يودور البوتاسيوم والمحلول الزرنيخى لفولير وحمض الفنيك فليس لها تأثير الا فى الاحوال الخفيفة وذات السير المزمن والسيلان الانفى هو والقروح الانفية يستعمل فيها الحقن بمحلول حمض الفنيك او نترات الفضة وزيادة عن ذلك يوصى باستعمال معالجة عرضية بالنسبة للاصابة الموضعية والحمى وقوى المريض

﴿المبحث الثالث فى داء الكلب﴾

(ويعرف بالفزع من الماء)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

نعنى بالكلب مرضا تسمميا حادا ينشأ عن سم غير معروف يؤثر فى الانسان وينتقل اليه بواسطة عض حيوان مكلوب والجرثومة المسممة تحتاج لزمن طويل حتى تحصل الظواهر الابتدائية فى الجسم المسموم واعراض هذا المرض عبارة عن تشنجات متقطعة فى عضلات الازدراد والتنفس ينبوعها تغيرات دقيقه فى المركز العصبى لتلك العضلات ووظائفها الكائن فى النخاع المستطيل والهلاك ينتج ولا بد عن شلل هذا النخاع الناشئ عن ازدياد تهيجه

واغلب المؤلفين المستجدين يميلون للقول بان المنشأ الذاتى للكلب عند الكلاب او غيرها من الحيوانات لا يحصل مطلقا بل ان هذا المرض ينشأ

على الدوام من انتقال سم الكلب من حيوان مريض الى آخر والسم الموجود في اللعاب والدم بل وغيرهما من السوائل الطبيعية للحيوانات المريضة ليس من طبيعة طيارة بل من طبيعة ثابتة وهو لا ينفذ من البشرة الغير المنجرحة مطلقا ولذا لا يعقب بنتايج مضرة الامتى اثر في محل منجرح او اقله في جزء من الجلد عار عن البشرة والسبب الغالب للكلب الانساني هو عض كلب مكلوب ويندر ان يظهر هذا المرض عقب عض حيوانات مكلوبة اخرى كالضبع والهر والثعلب والخنزير ويندر جدا حصول هذا المرض عقب عض حيوانات سائمة (اى اكالة النباتات) ولم يتحقق الى الآن بالكلية امكان عدوى شخص سليم عقب عضه بانسان مصاب بالكلب لكن قد نجح جملة مرات نقل هذا المرض بواسطة التلقيح من الانسان الى الحيوانات وعض الحيوانات المكلوبة يكون اشد خطرا في اجزاء الجسم العارية كالوجه والايدى واقل خطرا الى الاجزاء المغطاة بالملابس وذلك لانه في الحالة الاخيرة لا يسهل نفوذ اللعاب المتسمم الى المجروح بل يمتنع ذلك بواسطة الملابس ولحس الحيوان المتكلب او تندية الجلد بلعابه او دمه بكيفية اخرى ليس خطرا كما سبق مالم يوجد بالمصادفة في المحل المتندى تشقق في البشرة او خلافه من جروحها وبعد عض الانسان بعضة متسممة فالظاهر ان ظهور المرض او عدمه متعلق بدرجة الاستعداد الشخصي واقل ما هنالك انه ثبت في الكلاب بواسطة التلقيح المتكرر ان هذه الحيوانات ذوات استعداد مختلف بالنسبة للتأثر من سم الكلب وعلى كل حال فالتقاويم الخاصة بعدد الاشخاص المصابين بعد عضهم من الحيوانات المكلوبة غير مطابق لبعضها ومتى تمسكنا بالقول ان الكلب لا ينشأ الاعن تلقيح السم الكلبي بلا واسطة اتجانا لرفض القول بان عض حيوان مغضب متهيج وغير متكالب او غير متمم لشهوانه التناسلية او المحروم من الماء او المعرض لحرارة الشمس الشديدة محدث لهذا المرض فان داء الكلب وان كثر انتشاره في فصل الصيف وجب توجيه ذلك بامر اخر وهو ان الكلاب في اثناء الصيف يكثر جريانها في الطرق فيتكرر قربها من حيوانات مكلوبة

*(الصفات

(الصفات التشريحية)

لا يوجد فى جثث المصابين بالكلب تغيرات واضحة لهذا المرض وأكثر ما يوجد فى الجثة تيبس رمى عظيم واحتقانات انحدارية رمية ممتدة وتعفن سريع بحيث يوجد فى كل من الاوعية والقلب والمنسوج الخلوى حويصلات رمية بعد الموت بقليل وارتشاح عظيم فى التامور ويوجد فى الاوعية واحتقان واوذيما الدماغ واغشيته والنخاع الشوكى وبعض العقد العصبية السمباتوية والاعصاب واحتقان وانتفاخ وتجمع مادة مخاطية لزجة فى تجويف الفم والحلق واحتقان انحدارى واوذيما فى الاجزاء الخلفية من الرئتين واحتقان فى الغدد البطنية العظيمة وجميع هذه التغيرات لاسيما احتقان المراكز العصبية والاعصاب الذى ارتكن اليه فى توجيه هذا المرض ليست قارة الوجود ويظهر انها تحصل قبل الموت بزمن قليل بسبب الاضطراب الذى يحصل فى التنفس والدورة فى اثناء النوب وقد شاهدت بعض احوال اتضح فيها عند الكشف على الجثة انتفاخ عظيم فى اللوزتين والجهاز الغددى المجاور لقاعدة اللسان والحلق وهذا التغير مطابق لما شاهده ورجوف

(الاعراض والسير)

جميع أحوال الكلب التى شوهدت وشرحت جيدا مطابقة لبعضها فاما زمن التفريخ فاختلفت فيه الاقاويل أما القول باتضاح الكلب عقب عض كلب مكلوب بعد ١٠ سنوات او ٢٠ وكذا القول بالقاحه بعد اليوم الاول او الثانى من العض فمبنى فى الظاهر على مشاهدات غير دقيقة واقصر مدة لزمن التفريخ يظهر انها من ثلاثة أيام الى عشرة واطولها من سنة ونصف الى ٢ وفى معظم الاحوال يكون هجوم هذا المرض من العشرين الى الستين يوما بعد العض واسباب اختلاف مدة زمن التفريخ غير واضحة لكن يظهر انها فى زمن الشبوبية اقصر منها فى زمن الشيخوخة وفى العادة تكون الاشخاص المصابة فى اثناء زمن التفريخ متمتعة بصحة جيدة واما ماذكره ماروشيتى من انه يظهر فى اثناء دور التفريخ حويصلات أسفل اللسان وانه بافسادها يجتنب طرو هذا المرض فلم يتحقق بالتجارب وانما يشاهد فى بعض الاحوال نحو انتهاء زمن التفريخ أعنى قبل هجوم هذا المرض بيومين او ثلاثة

بعض تغيرات فى الجرح الواهى غالبا اوفى أثرة التحامه ان كان قد التأم فيصير الجرح ذا هيئة مزرقة مؤلما واثرة الالتحام التى تتكون بسرعة عادة تلتهب وتصير محمرة اومزرقة مؤلمة عند اللمس وبعض المرضى يشتكى باحساسات مؤلمة ذاتية فى الجرح اوفى أثرة التحامه تنشعع نحو المركز او تشتكى باحساس بتنمل فى الجزء المعضوض وفى كثير من الاحوال تفقد هذه التغيرات فى محل تأثير السم الكلبى

وفى الدور الاول لهذا المرض وهو دور الهجوم يوجد عند المرضى نوع تعب وهبوط واضطراب فى النوم وفقد فى الشهية والام فى الرأس ويندر وجود حمى خفيفة وجميع هذه الظواهر غير واصفة فانها توجد فى الدور السابق لكثير من الامراض وكل من القلق المتغير والفزع والخمود الذى يوجد فى هؤلاء المرضى ادى لتسمية هذا الدور بالدور المالنخولى وكثيرا ما يكون الخمود العقلى غير عظيم مثل الاضطراب العمومى كالمريض القوى الذى شاهدته بنفسى وحيث ان ظواهر الخمود تحصل عند غير هؤلاء الاشخاص من المرضى الذين يعتقدون وقوعهم فى خطر عظيم فلا ينبغى اعتبار هذا الاضطراب العقلى تغيرا مرضيا خاصا بداء الكلب (والاحوال النادرة التى فيها يحدث التأثير العقلى عقب عض كلب سليم اومظنون فيه بالكلب اضطرابات عقلية مشابهة لا ينبغى اختلاطها بالكلب الحقيقى) وبعض المرضى يشتكى فى اثناء دور الهجوم بضغط فى قسم الفواد ويحصل زمنا فزمنا شهيق عميق تنهدى فى اثنائه يدفع الحجاب الحاجز القسم الشراسيفى الى الخارج ويرتفع الكتفان الى اعلى بواسطة العضلات الرافعة لهما والمربعة الظهرية وهذا الشهيق القوى غير الارادى يكون العلامات الابتدائية من التشنج التيتنوسى لعضلات الصدر الذى يكون العرض المخوف والاكثر ايلاما للمريض فى الدور الثانى لهذا المرض ثم بعد استمرار دور الهجوم من يوم الى يومين ويندر ان يكون اكثر من ذلك يبتدى الدور الثانى وهو دور التشنج اودور الفزع المائى بنوبة اختناق تطرأ فجأة عند ما يريد المريض الشرب وحينئذ يتعذر عليه بالكلية شرب الماء ولو نقطة واحدة فانه بوصول الماء الى فمه وحصول حركات الازدراد تطرأ تشنجات فى

عضلات الازدراد والتنفس من طبيعة انعكاسية فالصدر يرتفع على دفعات ويبقى على وضع الشهيق العميق من ١٠ ثوان الى ٢٠ وفي أثناء هذا الزمن يظهر على سحنة المريض صورة الضجر والرعب وتندفع الاعين وتنجذب الكتفان الى الخلف ثم يعقب ذلك زفير طويل وبهذا ينتهي الدور

فالفزع من الماء عبارة عن نتيجة لتجربة المهولة التي فعلها المريض عند ارادة الشرب وعين ذلك لم يحصل فقط في الحالة التي شاهدتها عند مريض قوي جسور وكان يجرب الشرب جملة مرات بدون انزعاج ورعب الى أن تم الفزع من الماء عنده بل في جميع احوال الكلب التي شوهدت وشرحت بالدقة وحينئذ لا يعتمد على المشاهدات القائلة بان الفزع من الماء عرض أولى يطرأ من ذاته وكلما تكررت النوب ازداد الفزع من الماء وحينئذ فاجبار المرضى على الشرب باعطائهم كوبة الماء يوقعهم في قلق شديد فيصير نظر كل كوبة ماء او جسم لماع يذكرهم لون الماء مفزعا للغاية ومن المستغرب ان ازدراد الجواهر الغذائية الرخوة في الابتداء لا يعقب على الدوام بتشنجات انعكاسية لكنها تطرأ عند ارتقاء هذا المرض ولو باسباب اخرى فتنشأ بتأثير تيار الهواء مثلا الذي يصادم الجلد وملامسة جوهر بارد أو تهيج العينين بضوء قوي او اللغط الشديد بل والمنبهات الفجائية العقلية للمراكز العصبية والمرئيات المزعجة يمكن ان تحدث هذه النوب وطبقا للمشاهدات التي لا تشترك عضلات البلعوم في التشنجات الانعكاسية التي تنتج عن تهيج اجزاء اخرى خلاف الفم والحلق فان المريض الذي شاهدته عندما مسه فجاءة كان يفتح فاه بالكلية ويميل براسه الى الخلف ويرفع صدره الى اعلى ويبرز قسمه الشراسيفي ومع ذلك فلم يحصل التشنج البلعومي وعند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجته يظهر ان النوب تطرأ بدون اسباب لكنني اظن ان هذه النوب الذاتية في الظاهر تعتبر تشنجات انعكاسية وتنشأ اما عن تراكم مواد ومواد اللعاب السائل منه وهذا القول يرتكن فيه الى السرعة

وعدم المبالاة بما ينقذف اللعاب والى التجربة التي تعملها المرضى بادخال الاصبع ادخالا عميقا في الحلق لاجل تبعيد المواد المخاطية واللعابية منه وماعدا ذلك فقد تحصل مدة النوب ظواهر تشنجية وانقباضات

تيتنوسية فى عضلات الظهر وتشنجات متقطعة فى بعض عضلات الجسم او جميعه

ثم انه ينضم للاعراض السابق ذكرها نوب جنون شديدة جدا يعسر فى أثنائها ضبط المرضى بل ولا يندر قصد اعدام حياتهم بيدهم ان لم يضبطوا جيدا وكون المرضى تعض وتفعل أصواتا نابحية أو نحوها تخبر متقطعة لا يحصل ذلك فى النوب الجنونية لهذا المرض أكثر من حصوله فى النوب الجنونية التى تشاهد فى أثناء سير الامراض العقلية الاخرى ولا يندر ان تحذر المرضى بنفسها فى أثناء الفترات التى يندر أن تستمر زيادة عن ربع ساعة او نصف ساعة أهاليها ومن كان محيطا بها وتترجاهم السماح عما سيقع منها من قلة الادب وتوصى على أحوالها مع سلامة العقل وتخبر بقرب موتها وبعد استمرار النوب التشنجية أو الجنونية مدة يومين او ثلاثة مع الازدياد والتكرر تفقد شدتها عند تقدم ضعف المرضى ويندر حصول الموت عند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجته فى اثناء نوبة قوية مستمرة بواسطة الاختناق بل العادة ان يزداد ضعف المرضى من ساعة الى اخرى وينبح الصوت ويصير ضعيفا والتنفس سطحيا ويصغر النبض ويصير غير منتظم وسريعا جدا ثم يحصل الموت بظواهر شلل القلب وقد يطرأ ذلك بعد حصول تحسين يغتر منه

وربما توهم ان نوب الجنون التى تطرأ فى أثناء سير الكلب انما هى مجرد نتيجة اليأس وان من الجائز ان الشخص غير المصاب بالكلب المكابد لآلام الاختناق فى فترات قصيرة مدة يوم او يومين يقع كذلك من حالة اليأس فى الجنون ومما يرتكن اليه فى ذلك التجارب المعلومة من أن الاشخاص ذوات الطبيعة المتبلدة لا تقع فى الجنون عند الاصابة بالكلب لكن هناك امور تنافى هذا القول لاسيما الامر المحقق من ان فقد الجنون ولو عند من ذكر من الاشخاص ذوات الطبيعة المتبلدة اى عديمة الاحساس يعد من النوادر العظيمة وكذا الدرجة الشديدة التى يصل اليها الجنون عند المصابين بداء الكلب فمن الاقرب للعقل ان الجنون عند هؤلاء ليس بنبوعه تعقليا بل ناشئ عن ثوران مرضى منعكس يمتد من المراكز العصبية المحركة لاعصاب

البلعوم والتنفس الى الاعضاء المركزية للوظائف العقلية
ثم ان الوقوع فى الخطا بالنسبة لتشخيص داء الكلب لا يحصل الا متى خفى على الطبيب معرفة السبب فان الاشخاص غير المتمدنين يهملون فى اخبار الطبيب بعضة الكلب الواهية التى شفيت بسرعة من منذ زمن طويل لا سيما وانهم لا يعتبرون الكلب الذى عضهم مصابا بداء الكلب فان هنالك تجارب عديدة ثبت منها ان عضة الكلب نتج عنها هذا الداء قبل هجومه عنده فى اثناء دور تفريخ هذا المرض اعنى من الاسبوع الثالث الى السادس وقد توجد بعض مشابهة بين نوب الكلب والتيتنوس اللذين فيهما قابلية التنبيه المنعكس ترتقى ارتقاء عظيما بل وقد تظهر تشنجات تيتنوسية فى اثناء نوبة الكلب مع تشنجات عضلات الازدراد والتنفس لكن من المعلوم انه فى التيتنوس يزول التغيهب فى التشخيص متى سبق ذلك اصابة المرضى بجرح فان هذا الجرح يندر جدا ان يكون ناتجا عن عض حيوانات سيما الحيوانات المظنون فيها بالكلب وكذا يسهل غالبا معرفة الظواهر الكلبية الشكل التى تظهر فى اثناء نوب الجنون الحاد وفى الاشخاص اليوخندار يين والاستيريات المتسلطن على افكارهم بانه معتريهم داء الكلب

ثم ان انذار داء الكلب يكاد يكون على الدوام محزنا متى مضى دور التفريخ وظهرت الاعراض الابتدائية لهذا المرض ومع ذلك فهنالك اقوال يظهر انها تدل على حصول امكان الشفاء من هذا المرض وهذه الاقوال وان كان يشك فى تصديقها لكن لم يكن عندنا تأكيد فى اعتبار جميعها باطلا بل من اعتبار احوال التيتنوس القريبة من الكلب وغيرها من الامراض العصبية الوظيفية يمكن قبول القول بحصول الشفا احيانا من داء الكلب ولو نادرا

﴿ المعالجة ﴾

المعالجة الواقية تكون بحبس الكلاب من طرف الحكومة المحلية عند ظهور احوال من داء الكلب وهذا امر ضرورى وانما تتأخر حصوله غالبا فان الحيوان المكلوب يكون قد عض غيره من الكلاب او الادميين الى حين الاستشعار بوجوده وبوضع كمامات فى افواه الكلاب وهى واسطة غير كافية

أيضا فان تلك الكمامات تكون غالبا مصنوعة بكيفية لا تقي مع التأكيد من عض الحيوانات ولان اجراء تلك الواسطة والمحافظة عليها عسر جدا فالواسطة الواقية الاكيدة هي وضع مغرم جسيم جدا على اصحاب الكلاب وغيره من الامور التي يترتب عليها تقليل عدد اقتناء الكلاب جدا

ومن المهم عدم قتل الكلاب المظنون فيها الكلب بل تحبس وتلاحظ احوالها بالدقة فان الموت الذي يطرا على الكلوب منها بسرعة والظواهر التي يحصل معها أهم بالنسبة للحكم على كونها كلوبة من الصفات التشريحية اذ لا يتيسر من فعل تلك الصفات عند الكلاب المظنون فيها الكلب مع التأكيد كونها كلوبة أم لا سيما ان صار قتلها فجأة فقد ترتب على الاقوال الظنية من هذه الحيثية ضرر عظيم وقصارى الامر ان عدم ثبوت شيء بالصفات التشريحية سوى التغيرات النزلية في الغشاء المخاطي والدم الكثيف وعدم وجود تغيرات مهمة في اعضاء الكلاب المظنون فيها الكلب توجه بها الظواهر المرضية والموت الفجائي من الامور المهمة التي يرتكن اليها في تشخيص الكلب مدة الحياة سيما عند وجود بعض الجواهر كالشعر والقش والخرق في معدة تلك الحيوانات ونحو ذلك من الاشياء التي لا توجد عادة في معدة الكلاب السليمة وتزدردها بكثرة الكلاب المصابة

ومتى عض شخص من كلب مظنون فيه الكلب تستدعي ولا بد المعالجة الواقية افساد المحل اللامس للسم بسرعة ونوصي بانه من الضروري اعتبار الكلب في كل كلب يعض بدون مهارشة او تعرض او يعض بدون ميل له سابقا في ذلك والجروح الصغيرة القليلة الادماء تعتبر أكثر خطرا من الجروح العظيمة الواسعة الدامية بكثرة فانها ربما تخلصت بذلك من سم الكلب الملقح فيها ومن الامور التي تنقى بها تلك الجروح غسلها بالدقة ومصها ولو انه لا يرتكن الى هذه الوسائط فالاجود قطع الاجزاء المعضوضة الصغيرة وكي سطح الشق وعندما تكون جروح العض عظيمة ومتعددة فالمتعين في ذلك الكي على حدته اما بواسطة الحديد المحمى او وهو الاجود بواسطة كاو كيماوي سهل الذوبان فانه يصل بسرعة الى جميع اجزاء الجرح زيادة عما يصل اليه الكي بالحديد ويفضل عن كل من زبدة الانتمون وحمض الكبريتيك

وحمض الازوتيك وغيرها من الجواهر الكاوية البوتاسا الكاوية فيكوى بها الجرح بقوة بعد غسله بالدقة بواسطة محلول حمض الفينيك ومما يوصى به ايضا عدم ترك الجرح ونفسه للشفاء عقب انفصال الخشكريشة بل حفظه في التقيح زمنا طويلا باستعمال المراهم المهيجة وهذه الوسائط وان لم تكن أكيدة جدا لكن يؤمل فيها النجاح غالبا كما يود بر باستعمالها بل ولا يصح تركها في الاحوال التي فيها يكون قد مضى على الجرح عدة أسابيع وزيادة عن ذلك يعتبر من الوسائط الواقية استعمال الاستحضارات الزيبقية الى طرو التلعب مع استعمال مقادير عظيمة من البلادونا ونحوها من الجواهر المعتبرة مضادة للكلب ومن المشكوك فيه كون هجوم هذا المرض صار امتناعه باستعمال أحد الجواهر الآتية وهي الكنين والاتروبين والزنيخ ونحو ذلك فان هذه الجواهر لم يكن لها أدنى تأثير مسكن بعد ظهور هذا المرض فلا تستعمل الا لتسكين روع المريض فقط

ومتى اتضح هذا المرض فالامل في شفائه بل في تلطيف مكابدات المرضى قليل جدا وخدمة المكلوبين عسرة للغاية فلا يناط بها الا الاشخاص اصحاب ذمة وجرأة ولا تستعمل الوسائط الجبرية الا عند الضرورة فانها تزيد في شدة النوب وينبغي تجنب كل المؤثرات المضرة التي ينشأ عنها تردد نوب التشنج وهجوم نوب الجنون ولاجل تلطيف عطش المرضى ينبغي استعمال حقن صغيرة من الماء البارد زمنا فزمنا فانها تمتص بسهولة وتتحملها المرضى وفي الاحوال الحديثة يمكن استعمال القصد عند الشبان الاقوياء بل ويسوغ تكراره حيث ينتج عنه تلطيف النوب وقتيا ولاجل تلطيف مكابدات المرضى تستعمل المركبات الافيونية او الحقن بالمرفين تحت الجلد بمقدار عظيم ولا سيما الاستنشاق بالكلور وفورم حتى يحصل الخدر ولاجل تغذية المرضى الذين لا يمكنهم الازدراد تستعمل لهم الحقن المغذية او ادخال سوائل مغذية في المعدة بواسطة المجس المروى

(الفصل الثاني)

(في الامراض التسممية المزمنة)

(المبحث الاول في الداء الزهري)

قد حصل فى مبحث الداء الزهرى فى العصر المستجد تنوع عظيم بحيث انه قد صار قبول الآراء المستجدة بسرعة من معظم المؤلفين المخصوصين بهذا الفن حتى من كان منهم مضادا لها بالكلية من منذ سنين قليلة ونحن كذلك وان كنا قد ذهبنا فيما تقدم الى ان الرأى القديم القائل بان العدوى بسم زهرى واحد ينتج عنها تارة اصابة موضعية زهرية وتارة أخرى ينتج عنها مع ذلك تسمم عمومى زهرى فى الجسم بتمامه غير واضح وغير قريب للعقل وملنا للرأى الجديد القائل بان تنوع النتيجة واختلافها ينبنى عليه تنوع السبب واختلافه أيضا بمعنى أنه يوجد نوعان من السم الزهرى احداهما ينتج عنه على الدوام اصابة موضعية أى قرحة زهرية تنشأ فى محل تأثيره كما ينشأ عنه احيانا التهاب وتقيح موضعى فى العقد اللينفاوية المجاورة وثانيهما ينتج عنه على الدوام مع لاصابة الموضعية اصابة بنيية أى عمومية وتغيرات غذائية منتشرة فى الجسم الا اننا مع ذلك لم ننضم الى هذا الرأى المستجد القائل بازدواج السم الزهرى انضماما صار بحامثل ما نحن عليه الآن وبعبارة أخرى لم نتبع الرأى القائل بان السم الزهرى اثنان لا واحد اتباعا صريحا

ونظن انه من المفيد جدا للقارئ بيان الرأى القديم الذى كان منتشرا ومتبعا فى السابق على القرحة الزهرية الاولية والنسب الكائنة بينهما وبين الاصابات الزهرية الثانوية وهو انه كان يقال ان افراز القرحة الزهرية الاولية ذو خواص سمية بها تحدث قرحة زهرية أولية متى أثر على جزء من الجلد عار عن بشرته أو ذى بشرة رقيقة جدا وذلك باحداث التهاب جلدى نوعى فى محل تأثيره وانه فى كثير من الاحوال ينطفى بذلك تأثير هذا السم الزهرى ويزول كلية بحيث ان امكن فساد القرحة الزهرية الاولية أو شفاؤها بها قبل ان ينشأ عنها تسمم فى البنية بتمامها بقى المرض موضعيا لكن ان لم يتأت ذلك اعقب القرحة الاولية الموضعية بعد تسمم الجسم بالسم الزهرى وانتشاره فيه اضطرابات غذائية فى اجزاء بعيدة من محل الاصابة الموضعية وهى الاصابات الزهرية التابعية الثانوية والثلاثية وكان يعتبر التيبس الذى يتكون فى حوافى القرحة الاولية أو قاعها علامة مهمة بها يستدل مع التأكيد على ان تسمم الجسم بالسم الزهرى آخذ فى الحصول او انه قد حصل

بالفعل ولذا كان من الواضح ان القروح الزهرية الاولية الحديثة غير المتيبسة كان يجتهد فى فسادها بواسطة الكاويات الشديدة وأما القروح القديمة المتيبسة فانها كانت تعالج بواسطة الجواهر الدوائية المضادة للدسكرازيا الزهرية سيما بواسطة المركبات الزئبقية التى تعتبر نوعية فى هذا المرض ومضادة للسم الزهرى و بالجملة فقد اعتبر اغلب المؤلفين المشتغلين بالداء الزهرى تبعا للعلم (ريكور) ان هذا المرض لا ينتشر الا بواسطة الاصابات الزهرية الاولية اعنى ان افراز القروح الزهرية الاولية هو الحامل الوحيد للسم الزهرى وان هذا السم لا يوجد فى افراز الاصابات الزهرية الثانوية ولا دم المصابين بالداء الزهرى ولا فى افرازاتهم لكن هذا الرأى لم يتفق عليه الاطباء المشتغلون بالطب العملى ونحن ان اردنا توضيح كيفية ما أوقع كل رأى من هذا المذهب فى الخطا بعد الآخر ثم نفيه بالكلية حتى صار التأكيد من ان هذا المذهب كله مبنى على خطاء فى توجيه حقايقه لطال علينا الامر وخرجنا عن الموضوع وانما عند ايضاح المذهب الجديد وبيانه سنذكر مع الاختصار بعضا من أوجه هذا الخطاء

ولنتكلم أولا فى هذا المبحث على الشنكر اعنى القرحة الزهرية الرخوة الموضعية ثم على الخيرجل الزهرى الحاد أو القرحة الغددية الزهرية ثم نعقب ذلك بالتكلم على الداء الزهرى البنيى الذى أول ظواهره التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية الاولية اليابسة ولا نسمى هذه القرحة الاخيرة بالشنكر فلا نطلق هذه التسمية عليها تبعا لمعظم المؤلفين المستجدين بل نجعل هذه اللفظة خاصة بالقرحة الزهرية الاولية الرخوة الموضعية فنقول أولا

(فى الشنكر)

(تنبيه لا مانع من افراز الشنكر) وشرحه بالمعنى السابق عن فن الداء الزهرى تبعا للمذهب المستجد وشرحه مع السيلان المجرى وعده من امراض الاعضاء التناسلية الظاهرة غير ان هذا الامر وان كان فيه زيادة دقة والتفات ليس جيدا بالنسبة للطب العملى لكثرة وجود القرحة الرخوة مع التيبس الزهرى والقرحة الزهرية اليابسة فى آن واحد)

الشنكر و يسمى أيضا بالشنكر الرخو عكسا للقرحة الزهرية الاولية اليابسة

المسماة بالشنكر اليابس وسماه بعض المؤلفين بالشنكر وشبيه الشنكر بخلاف لفظ شنكر فاطلاقه على القرحة الزهرية الاولية اليابسة و بالجملة فبعض المؤلفين المختصين بالداء الزهري يسمون الشنكر بالقرحة الزهرية التسممية الموضعية خلافا للقرحة الزهرية الاولية اليابسة فيسمونها بالقرحة الزهرية التسممية الانتشارية والاولى اتحاد المؤلفين على تسمية هذين المرضين منعا للغلط الناشئ من اختلاط التسمية فنعني بالشنكر القرحة الزهرية الرخوة الموضعية فقط

(كيفية الظهور والاسباب)

لا نتعرض هنا للكلام على ينبوع سم القرحة الزهرية الرخوة الموضعية أى الشنكر اذ لا يمكننا الحكم عليه انما من الامور المعلومة غير المشكوك فيها ان سم الشنكر لا يظهر ظهورا ذاتيا وانه الى وقتنا هذا لم تعتر هذه القرحة احدا الا و يكون قد حصل عنده تسمم بمادتها السمية فالقرحة الزهرية الرخوة حينئذ تعد من الامراض المعدية المحضة ولذا يجوز تسمية سم القرحة الزهرية الرخوة بالاصل المعدى الشنكرى

ثم ان الاصل المعدى لهذه القرحة ليس من طبيعة طيارة مثل الاصل المعدى لكل من الحصبة والقرمزية والجدرى حيث لا يمكنه الانتقال بواسطة الهواء وعدوى الاشخاص المغمورين فيه بل انه ذو طبيعة ثابتة منشبث بافراز القرحة الشنكرية والشنكرية الغددية ولا يمكن اثبات وجود سم هذه القرحة فى الافراز الحامل له بواسطة البحث المكرسكوبى او الكيماوى فان القيح المعطى للشنكر وتحصل الخيرجل الشنكرى الغددى لا يختلف فى شئ بالنسبة لشكله وتركيبه الكيماوى عن غيره من الافراز التقيحى لقروح أخرى وتحصل خراجات غددية أخرى والاستعداد للاصابة بالقرحة الزهرية الرخوة منتشر جدا ولربما كان انتشار الاستعداد للاصابة بها زيادة عن غيرها من الامراض فانه يظهر ان كلا من السن والنوع والبنية ليس له ادنى تأثير لكثرة القابلية بالعدوى بالاصل المعدى لهذا المرض أو قلتها واما كثرة اصابة الاشخاص البالغين المتمتعين بقوة الشبوبية بالشنكر زيادة عن الاطفال والشيوخ والاقوياء عن الضعفاء وكثرة اصابة الرجال

لهازيادة عن النساء فانها لاتنسب الا الى تعرض الاولين دون الآخرين لا لزيادة قابليتهم للعدوى ويسهل اصابة الاشخاص ارقا بشرة الجلد وعدواهم بهذا المرض زيادة عن غيرهم وماذاك الامن كونه يعترى بشرتهم تفرق اتصال باقل مؤثر أو احتكاك وبذاك يؤثر السم الزهرى على الادمة العارية مباشرة

وقد استنتج من تلقيح سم القروح الشنكرية بالصناعة ان الاصابة المتكررة بالسم الشنكرى ينتج عنها انطفاء الاستعداد للاصابة والعدوى به

ثم ان عدوى القرحة الزهرية الرخوة أكثر حصولها يكون بواسطة الجماع مع شخص مصاب بها فان العدوى وان أمكن حصولها بواسطة التقبيل او الاحتكاك أو استعمال المراحيض أو شبكات الدخان أو كوبات الشرب أو غيرها من الاوانى الملوثة بالاصل المعدى الشنكرى وكذا الاطبا والقوابل عند جس النساء والعكس بالعكس بمعنى ان النساء قد يحصل عدواهن بواسطة جس الاطبا أو القوابل لهن الا ان جميع هذه الاسباب المتممة لحصول العدوى بالقرحة الزهرية الرخوة نادرة جدا بالنسبة لحصول هذا المرض بواسطة الجماع الدنس ولو بالغ فيها كثير من المرضى

وتفرق اتصال الادمة أو البشرة عند الجماع فى المحال الملامسة للسم الزهرى من أعضاء التناسل يعين على حصول العدوى لكن ليس من الثبوت حصول تفرق الاتصال المذكور على الدوام حتى تحصل العدوى بل لا يندر بعكس ذلك حصول قروح زهرية رخوة فى محال من أعضاء التناسل لا يشاهد فيها ولو بالبحث الدقيق جدا أدنى تفرق اتصال فى البشرة عقب الجماع حالا وكذا تحصل العدوى فى الاجزاء الرقيقة البشرة جدا بدون تفرق اتصال فيها كالشفتين وحلمة الثدى وأما الاجزاء السميكة البشرة كالايدى فانها تلامس السم الزهرى بدون أدنى تأثر مالم يوجد فى البشرة تفرق اتصال

فالمجلس الغالب للقروح الزهرية الرخوة تبعا لذلك هو الاعضاء التناسلية واندر من ذلك حصولها فى الاست و بين الثديين وفى الفم والايدى

﴿ الاعراض والسير ﴾

دور تفريخ الاصل المعدى للشنكر قصير جدا تبعا لمعظم المؤلفين المعتبرين بل ذهب الشم سيربكور الى انه لا يوجد دور تفريخ لهذا المرض وانه يعقب تأثير السم حالا تغيرات فى محل تأثيره لا تدرك فى معظم الاحوال بسبب دقتها

وسير القرحة الزهرية الرخوة الملقحة بالصناعة هو انه متى لقح بالمادة السمية المنفرزة من هذه القرحة أسفل البشرة بواسطة وخز ريشة لا تشاهد تغيرات فى محل التلقيح فى الاربع والعشرين ساعة الاول ثم بعد ست وثلاثين ساعة يشاهد احمرار خفيف و بعد ثمان واربعين ساعة تشاهد نكتة محمرة ثم فى أثناء اليوم الثالث ترتفع هذه النكتة وتصير حلمة سطحية وفى اليوم الرابع تنشأ حويصلة محاطة بهالة حمراء وذلك عقب ارتفاع البشرة ومتحصل هذه الحويصلة يصير فى اليوم الثانى مصفرا صديديا بحيث تستحيل الى بثرة والجزء المغطى لهذه البثرة ينفجر من اليوم الخامس الى الثامن أو يجف مع متحصل البثرة نفسها فيشاهد عقب انفجار البشرة أو سقوط خشكريشتها المتكونة الجافة قرحة فى عظم رأس الدبوس او العدسة وهذه القرحة تكون مستديرة غائرة فى الجلد وحافتها محاطة باحمرار أو ذيماوى وتكون مقطوعة باستواء وفى اليوم التالى لذلك تتسع القرحة وتعظم لان كلا من قاعها وحوافيها يعتريه تغير التهابى دفتيرى واللون الاسنجابى لقاع القرحة الشبيه بالشحم الوسخ ينشأ عن كون جزئيات جوهر هذه القرحة يقع فى التأكل والفساد ولكون الفساد الدفتيرى فى دائرة القرحة غير منتظم تكتسب هذه القرحة شكلا مشرزما وصار افساد الجزء الملقح فى الايام الاربعة الاول بواسطة جوهر كاو امكن غالبا قطع سير التغير المرضى التقرحى المفسد الذى ينتج عن السم الشنكرى واما بعد اليوم الرابع فلا يمكن ذلك غالبا

واما سير القرحة الزهرية الرخوة العارضية ففيه يعقب تكون النكتة الحمراء او الحلمة التابعة لها نفاس فى البشرة جملة مرات فينشأ عن ذلك تسلخ او فقد جوهر اوان هذه القرحة تعقب حويصلة او بثرة تنفجر او انها وهو الغالب تعقب جرحا خطيا على هيئة الشق الرفيع متسمما فلا يلتئم بل يتغطى بنضح

وسخ والقرحة الناشئة بهذه الكيفية لا تظهر دائما بأوصاف مخصوصة بحيث يمكن تمييزها عن غيرها من القروح ولذا يجب على الطبيب في مثل هذه الاحوال المتغيب فيها ان يلقح للمريض نفسه في احد فخذيه بالافراز المأخوذ من القرحة ثم تغطى وخزات التلقيح بلوحة مقعرة من الزجاج تثبت باشرطة من مشمع وسنذكر فيما يأتي ان التلقيح بافراز القرحة الزهرية الرخوة عند المصاب بها لا يحصل منه نتيجة تابعية فان نجح التلقيح وظهر في محله التغيرات السابق ذكرها فلا يشك حينئذ في أن المريض مصاب بقرحة زهرية رخوة وسنذكر الآن مع الاختصار الاشكال الكثيرة المشاهدة للقرحة الزهرية الرخوة البسيطة غير المضاعفة ثم نذكر فيما بعد تنوعات هذه القرحة التي تنشأ عن مضاعفتها بالتيبس الزهري وذلك بعد ان نشرح سير القروح الزهرية الاولية الرخوة فنقول

اما الشكل الاعتيادي المعروف ايضا بالدفتيري او الغشائي التقرحي فانه شكل يعرف بقاعه الشحمي وبتشرزم حوافيه او بانقطاعها انقطاعا عاموديا بحيث يظهر فقد الجوهر كانه منقطع بخرطة حلقية ومجلس هذا عند الرجال بالاكثر الوريقة الظاهرة من القلفة وجلد القضيب ويندر ان يكون مجلسه الوريقة الباطنة من القلفة والحشفة وقيد القضيب وان كان مجلسه قيد القضيب فانه يكاد يتكون منه قرحة ثاقبة لهذا الجزء عسرة الشفا وان كان مجلسه الجزء المنعطف من القلفة على الحشفة امتد بسهولة حول تاج الحشفة امتدادا عظيما بواسطة تلقيحه الذاتي وان امتدت هذه القرحة الى الباطن حصل ارتشاح المنسوج الخلوي الهش تحت الجلد بالافراز الزهري فيتكون عن ذلك خراجات زهرية وان كان مجلس هذه القرحة في الحشفة فانها تغور نحو الباطن زيادة عنها اذا كان مجلسها القلفة ومع ذلك فمن النادر حصول تثقبات واصلة الى قناة مجرى البول بها تتكون نواصير بولية ويندر ان يكون مجلس هذه القرحة فوهة مجرى البول نفسها وفي هذه الحالة الاخيرة تبتدئ القرحة بفوهة قناة مجرى البول فيشاهد حينئذ على شفتي هذه الفوهة المنتفختين المحمرتين احمرارا كافقد جوهر يمتد شيأ فشيأ نحو الباطن وفي احوال اخرى يكون مجلس هذه القرحة غائرا في قناة مجرى

البول فلا يستدل على وجودها الا بخروج السائل الصديدي وبالآلام القاصرة على محدود من مجرى البول تزداد عند التبول وبالضغط الظاهري على هذا الجزء وان كانت هذه القرحة مختفية فى قناة مجرى البول ولم تكن مضاعفة بسيلان مجرى امكن معرفتها بسهولة فان قلة كمية السائل الصديدي الخارج من قناة مجرى البول تمنعنا عن اختلاطها بالسيلان المجرى لكن ايضاح التشخيص لا يتأتى الا بواسطة التلقيح واما ان كان الغشاء المخاطى لمجرى البول مجلسا السيلان مجرى فى آن واحد بقيت هذه القرحة الزهرية غير معلومة غالبا فانه مع غزارة السائل وفقد عدة من الظواهر المرضية الواضحة يكاد يهمل فى فعل التلقيح على الدوام

واما مجلس هذه القرحة عند النساء فهو الفرج سيما الزاوية السفلى وفوهة المهبل ومن النادر جدا ان يكون مجلسها قناة المهبل او الجزء المهبلى من الرحم وعندما يأخذ هذا الشكل من هذه القرحة فى الشفاء يزول التآكل والفساد من قاعها مع الهيئة الشحمية ايضا (فيقال انها اخذت فى النظافة) و يتكون على كل من هذه القرحة وحوافيها ازرار لحمية تعوض ما فقد الجوهر شيأ فشيأ وعلى حسب امتدادها هذه القرحة وعددها يخلف شفاؤها اندبة التحامية متسعة كثيرة الوضوح او قليلته وتختلف مدة شفاءها فقد توجد فروح زهرية رخوة تنظف بعد ٨ ايام الى ١٤ وتتغطى بازرار لحمية وتستحيل الى فروح بسيطة اى لا تفرز صديدا قابلا للتلقيح وقد توجد جملة فروح اخرى تستمر جملة اشهر تأخذ فى الاتساع وتبقى حافظة لشكلها الخاص وحوافيها المشرزمة او المنقطعة باستواء وقاعها الشحمى وصديدها القابل للتلقيح

واما القرحة الزهرية الرخوة السطحية المفرطحة فهى شكل يحصل عند الرجال على الحشفة والقلفة غالبا وعند النساء بين الشفرين العظيمين والصغيرين وفوهة المهبل والجزء المهبلى من الرحم كما يحصل عند النوعين على السطح الظاهر من الجلد وشكل هذه القرحة ان كان مجلسها الحشفة شوهد غالبا على الوريقة الباطنة من القلفة قرحة شكلها يشبه بالكلية شكل القرحة الكائنة على الحشفة فكأنها منطبعة عليها وشكل هذه القرحة يكون غير منتظم وسطحها الظاهر نظهر هيئته كان البشرة ارتفعت من فوقه بواسطة

ماء مغلى وتكون محاطة فى دائرتها بحوية مبيضة ولا يمتد التقرح والفساد فى الغور مطلقا وان كان مجلسها فوهة القلفة حصل تسلخ فى الثنيات ويعسر جذب القلفة الى الخلف مؤلما جدا وكثيرا ما يؤدى هذا الشكل الى اختناق القلفة المقدم او الخلفى وفى الحالة الاولى يكاد لا يمكن تمييزه عن السيلان القلفى الا بواسطة التلقيح وان كان مجلس هذه القرحة الزهرية السطحية ظاهر الجلد حصل جفاف فى افرازها القليل الكمية وتغطية الجزء المنسلخ بقشرة رقيقة بحيث لا يشاهد الا بعد وضع وسائط ملينة مزيلة للقشرة وحينئذ يشاهد ذا لون احمر مصفر مغطى بقليل من الافراز

واما القرحة الزهرية الجرابية فهو شكل يصيب احد الاجربة الدهنية و يعرف بسطحه الصغير جدا وكثرة غوره وهذه القرحة تحفظ شكلها المستدير المنتظم مدة طويلة من الزمن

واما القرحة الرخوة الاكالة فانها تنشأ غالبا عن الشنكر الاعتيادى وهذه القرحة تعرف بافرازها الصديدى السائل الكريه الرائحة و بشكلها غير المنتظم و بقاعها غير المستوى السنجابى المبيض المتكون من منسوج ونضح منفسدين و بحوافيها المشرزمة المزرقة وتكون محاطة بهالة حمراء نحاسية وتمتد بسرعة فتهتك القلفة والحشفة والجلد الظاهر للقضيب والصفن عند الرجال والشفرين والعجان والجلد المحيط بالاست عند النساء وهذه القرحة الاكالة لا تشاهد الا عند الاشخاص المنهوكى البنية المعتريهم سوء القنية وتفقد صفاتها الخبيثة عند تحسين حالة البنية العامة وحينئذ يتحدد الفساد فالطبقة الدفتيرية تنفصل من قاع القرحة شيأ فشيأ فتتكون ازرار لحمية سليمة وحينئذ تستحيل هذه القرحة الاكالة الخبيثة الى قرحة بسيطة لها ميل للالتحام ثم اذا لم تتحسن بنية المريض وحالته العامة بل حصل اضعافها وافسادها زيادة عما كانت عليه سيما باستعمال المركبات الزيبقية تضاعف التقرح الفاسد الذى يتقدم جدا بحمى الدق فيتهلك المريض و يؤل حاله الى الهلاك

وأما الشنكر الغنغرينى فهو عبارة عن تنوع فى القرحة الدفتيرية الاكالة وقد يخلف القرحة الاعتيادية بان يستحيل كل من قاع أحد شكلى

القرحتين الاوليتين الى خشكريشة غنغرينية ذات لون رصاصى ثم تسود وتصير عديمة الاحساس وهذه الخشكريشة تكون محاطة باحرار داكن وبانتفاخ أوذيماوى عظيم وبامتداد الغنغرينا وسيما بتلاشى جزء عظيم من الشفرين والقضيب والعجان بل ويمكن أن تصير حياة المريض فى خطر عظيم من الاضطراب العام الذى يصاحب حالة التغير الغنغرينى وفى أحوال اخرى يتحدد التغنغر بسرعة فيتكون حد فاصل فتنفصل الاجزاء المتغنغرة ويشفى هذا التقرح بعد فقد جوهر متفاوت العظم وأسباب تغنغر القروح الزهرية الرخوة مجهول لنا فانه قد تشاهد قروح زهرية غنغرينية بكثرة فى بعض الازمنة أو أقلها أكثر من ازمنة اخرى عقب مؤثرات غير معلومة ومع ذلك فقد يكون التغنغر ناتجا عن اسباب ميخانيكية كتوتر الاجزاء الملتهبة وانجذابها سيما عند المضاعفة باختناق القلفة المقدم او الخلفى المعروف بالفيموزس والبرافيموزس

﴿المعالجة﴾

كلما زاد انتشار القول بان القرحة الزهرية الرخوة المعروفة بالشنكر لا تؤدى مطلقا الى الزهرى البنى كلما نقصت العادة الرديئة باستعمال المركبات الزيبقية عند المرضى المصابة بهذه القروح وتقدم علم الطب فى هذا الاتجاه نتجت عنه ثمرة عملية بسرعة ولا شك ان هذه الثمرة ذات فائدة عظمى فعلى الطبيب ان يتفطن الى انه سابقا كان نصف الاطباء يعالج جميع المرضى المصابة بقروح زهرية رخوة بواسطة الاستحضارات الزيبقية معالجة منتظمة زعما منهم مع الخطاء انهم يحفظون بذلك المرضى من حصول الداء الزهرى البنى ومن حصول التيبس للقرحة الزهرية عندهم وكانوا بذلك يحدثون التلف فى صحة المرضى المنوطين بمعالجتهم بواسطة هذا الجوهر السمى فالطبيب الذى يعالج الآن مريضه المصاب بقرحة زهرية رخوة بسيطة بالمركبات الزيبقية يخطئ ولا بد خطأ عظيما ومن جهة اخرى نعتقد انه من الخطأ ايضا الاقتصار فى معالجة الشنكر على معالجة موضعية فان هذه القرحة تشفى بسرعة كلما كان الشخص المصاب محافظا على استعمال وسائط صحية جيدة ومصونا مدة مرضه عن

المؤثرات المضرة عموما فتى سمحت حالة المريض بقائه فى محله وجب ان يوصى بملازمته لمسكنه او بمنعه بالاقل عن المشى غير الضرورى وحيث ان أغلب المرضى المصابين بالقرحة الزهرية الرخوة يكونون غالبا فى حالة الشبوبية وقوة البنية ويستعملون المآكل القوية والمشارب الروحية بكثرة ونحو ذلك وجب امرهم فى غالب الاحوال باستعمال حمية لطيفة (بان يعطى لهم شربة مائية فى الصباح والمساء وشربة من أمراق اللحوم وقليلا من اللحوم فى وسط النهار) ومنعهم من استعمال القهوة والنبيذ والبوزة وغيرها من المشروبات الروحية واعطائهم مقادير صغيرة من الاملاح المسهلة بأن يعطى لهم فى الصباح كوبة أو اثنتين من المياه الطبيعية الملحية المسهلة كماء بولنا وفريدركهال والقروح الزهرية الرخوة يحصل شفاؤها بسرعة عند استعمال المعالجة المذكورة أكثر مما اذا صار اهمال التدبير الصحى الجيد انما ينبغى كما اشرنا الى ذلك فيما سبق الالتفات الى حالة الشخص ومعيشته القوية مع الافراط من المآكل والمشارب فان هذا التدبير الغذائى لا ينجح بل يحصل منه تأخير فى شفاء القروح الزهرية الرخوة ان كان المتمسكون به مرضى ردئ التغذية ومعتريهم حالة سوء القنية فعلى الطبيب ان يوصى مثل هؤلاء الاشخاص بتدبير غذائى جيد مع اعطائهم قليلا من النبيذ والبوزة فان هذه الوسائط تحدث تأثيرا جيدا فى شفاء القروح الزهرية التى نحن بصددها

وأما المعالجة الموضعية للشنكر فانها مؤسسة على القواعد المؤسسة عليها معالجة القروح الضعيفة فان هذه القرحة الزهرية الرخوة اوضح نوعا منها فيوصى الى اليوم الرابع أو السابع نافساد نوعية هذه القرحة وطبيعتها بواسطة جوهر كاو واجود الجواهر استعمالا هى البوتاسا الكاوية الجافة او بحجينة فينا (المركبة من خمسة اجزاء من الكلس الكاوى وستة اجزاء من البوتاسا الكاوية) او كلورور الزنك الذى ينتج عنه خشكريشة جافة بأن يؤخذ من كلورور الزنك ومن زبدة الانتمون من كل منهما جزء ثمانية اعشار درهم ثم تمزج او تعمل بحجينة رخوة مع مسحوق جذور الخطمية ويفضل سيجموند المحلول المركز من سلفات النحاس أى جزء منه على اربعة

من الماء واما سيسل فيفضل الحجر الجهنمي على شكل اقلام او محلول مركز جدا اثنان منه على عشرة اجزاء من الماء فان الكي بهذا المحلول يحدث فسادا غائرا في المنسوج المتشبع بالسم الشنكري زيادة عن الكي بالقلم

والاجود عدم الكي بعد اليوم السابع وسقوط الخشكريشة اذ بذلك يتأخر حصول الشفاء بدلا عن تقدمه والاوفق تجنب استعمال المراهم وغسل القروح بسائل منبه او قابض خفيف كمنقوع البابونج وتغطيتها بنسالة مبتلة به واكثر ما يستعمل للغيار على هذه القروح النبيذ العطري والماء الاكال الاسود المركب من

ريبق حلو ٣ جرام

ماء الجير ٦٠ جرام

تمزج مع بعضها والماء الاكال الاصفر المركب من

بي كلورور الزيبق اعني السليماني ٦ سنتجرام (أعني قمحة)

ماء الجير ٦٠ جرام

فتبل النسالة من هذين السائلين

ومن الممدوح بكثرة السائل القابض الذي يستعمله المعلم برنس رنج وهو محلول كبريتات النحاس المركب من

كبريتات النحاس ١ ديسي جرام (اعني قمحتين)

ماء قراح ٦٠ جرام اعني اوقيتين

وان كانت القرحة الزهرية الرخوة مؤلمة جدا كثيرة الافراز والاجزاء المحيطة بها ملتهبة فالاجود استعمال مكمدات من محلول خلات الرصاص مع الحمامات الموضعية الباردة ويكفي عادة الغيار على القرحة مرتين في اليوم وذلك بعد غسلها بلطف واستعمال حمام موضعي فاتر من منقوع البابونج مع قليل من النبيذ العطري فان كثرة التغيير على القرحة غير جيد وان بقي قاع القرحة مع افرازه هذه المعالجة حافظا هيئته الشحمية وجب ان يذر عليه طبقة خفيفة من الراسب الاحمر وان فقدت القرحة هيئتها النوعية الخاصة وتأخر الشفاء مع ذلك وجب مسها مسا خفيفا بالحجر الجهنمي او الغيار عليها بمحلول كبريتات الزنك او خلات الرصاص وان حصل تثقب في قيد القضيب وجبت المبادرة

بقطع القنطرة الباقية وان لم يمكن العيار على القرحة بسبب الاختناق المقدم للقلفة وجب اجراء الحقن بكيفية منتظمة حتى يمتنع تراكم الافراز تحتها وقد يستدعي الحال لاجراء عملية الفيموزس أعني الختان لكن لا ينبغي فعل هذه العملية الا في الاحوال الضرورية جدا فان جميع سطح الشق يستحيل الى قرحة زهرية

وفي معالجة القرحة الزهرية الاكالة ينبغي ابتداء مراعاة الحالة العامة للبنية فبدلا عن الحمية المضعفة يعطى للمريض الاغذية المقوية والنبيذ احيانا والكينا والمركبات الحديدية مع مراعاة النظافة التامة ويوصى باستعمال مكمدات من محاول خلات الرصاص المخفف او سترات الحديد او محاول كلورور الجير للغيار على هذه القرحة فيؤخذ من خلات الرصاص $\frac{٢}{١٠٠}$ (من الماء) ومن محاول سترات الحديد $\frac{١}{١٠٠}$ (من الماء) أو محاول كلورور الجير من ١٥ الى ٣٠ جرام على ١٨٠ (من الماء) ومعالجة القروح الزهرية الغنغرينية مؤسسة على قواعد تشبه السابقة مع ملاحظة القواعد الجراحية الموصى بها في معالجة الغنغرينا

تذييل الشنكر الغددي يعرف بالخيرجل الحاد وبالخيرجل الغددي وبالقرحة الغددية الحادة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

السم الشنكري كما أنه محقق الوجود ولا بد في افراز القرحة الزهرية الرخوة بدون ان يمكننا عزله على حدته وانه بتلقيحه وتأثيره على اجزاء اخرى من الجسم يحدث فيها التهاب وتقرح فكذلك قد يمتص هذا السم بالاوعية الليمفاوية ويسري الى الغدد الليمفاوية المجاورة فيحدث فيها التهاب نوعي وتقرح والغدد الليمفاوية الملتهبة بواسطة تشرب السم الشنكري تسمى بالخيرجل الحاد وبالخيرجل التسممي والاجود تسميتها بالشنكر الغددي او القرحة الغددية الرخوة ولا تؤدي جميع القروح الزهرية الرخوة الى هذا الالتهاب الغددي فتصحب هذه الخيرجلات الشنكرية الحادة بالاكثر قروح قيد القضيب ويظهر ان كلا من الاهمال في النظافة والمعالجة المهيجة

يعين على امتصاص السم الزهرى وحصول القروح الغذدية الرخوة ومن الجائز حصوله فى بعض الاحوال النادرة ان السم الشنكرى الواصل الى الادمة من خلال البشرة قد لا يحدث فى محل نفوذه اضطرابات غذائية التهابية تقرحية وانه يمتص بواسطة الاجزاء الالينفاوية ومنها يصل الى الغدد المجاورة فيحدث فيها التهاب نوعى تقرحى والخيرجل الذى من هذا القبيل اى الذى لم يسبق بقرحة زهرية رخوة يسمى بالخيرجل الابتدائى

﴿الاعراض والسير﴾

التهاب العقد الليمفاوية الشنكرية يظهر فى الاسبوع الثانى او الثالث او الرابع ويندر ان يتأخر ظهوره الى الاسبوع الخامس او السادس وقد يظهر احيانا فى الايام الاول بعد ظهور القرحة الزهرية الرخوة واعراض هذه المضاعفة الثقيلة هى احساس مؤلم فى الجزء الاربى قريب من اعضاء التناسل وعند النظر بالبحث والجس يشاهد فى هذا المحل ورم كثير الحساسية جدا مؤلم باقل ضغط وهذا الورم يكون عبارة عن عقد لينفاوية اوربية متنفخة وكل من الالم الشديد الذى لا يكون بنسبة الانتفاخ القليل وقرب هذا الانتفاخ من اعضاء التناسل وكون احد العقد الليمفاوية هو المنتفخ بانفراده وليس بعدد عظيم منها يستنتج منه ان المريض مصاب بخيرجل زهرى شنكرى حاد وليس بخيرجلات عرضية (اى التهاب تابعى فى عدد عظيم من العقد الليمفاوية الاوربية) وليس بانتفاخ زهرى فى العقد الليمفاوية ناتج عن التسمم الزهرى البنيى كما سنتكلم عليه فيما يأتى ومن النادر ان يتحلل هذا الالتهاب بان يزول كل من انتفاخ العقدة الليمفاوية الملتهبة والمها زوالا تدريجيا ويبعد عن العقل ان الالتهاب قد امتد من محل التقرح الكائن فى اعضاء التناسل الى العقدة الليمفاوية بواسطة الاوعية الليمفاوية بدون ان يكون السم الشنكرى قد وصل الى هذه العقدة وبعبارة اخرى ان الخيرجل هنا عرضى اى تابعى فان امتداد الالتهاب وسعيه بواسطة الاوعية الليمفاوية الى العقدة الليمفاوية المجاورة ليس بنادر فى القروح الجلدية الجيدة واكثر من ذلك حصولا بل قد يحصل على الدوام فى احوال الخيرجلات الزهرية الشنكرية ان يتكون صديد فى الغدة الملتهبة يثقب غلاف الغدة

بسرعة فى الاحوال الجيدة والجلد المغطى لها والملتصق بها وفى أحوال أخرى يصير المنسوج الخلوى المحيط بالغدة مجلسا الارتشاح التهابى فى امتداد عظيم فالورم يبلغ حجما عظيما غير قابل للتحرك ويتعذر على المرضى المشى فيظهر عليهم تحاشى الجهة المريضة عند المشى ويجتهدون فى اخفاء ذلك

وعند الاشخاص الذين يوجد عندهم استعداد للحمى يحصل ارتفاع فى درجة الحرارة وسرعة فى النبض واضطراب فى الحالة العامة وغيرها من الظواهر الحمية وحينئذ يمضى زمن طويل قبل ان يحمر الجلد وينضج التموج فى محل محدود وعند فعل فتحة فى هذا المحل بسن مشرط او انفجاره من ذاته عقب تلون الجلد بلون احمر داكن ورقته وخروج الصديد لا يزول الانتفاخ من الورم الا فى جزء صغير بحيث يبقى حافظا الحجم كقبضة اليد ولشكل غير مستو ذى تحدبات وفيما بعد يظهر تموج فى محلات اخرى يخرج الصديد منها عقب انفجارها لكن كثيرا ما يستمر الحال جملة اسابيع بل واشهر قبل ان يتناقص حجم الورم ولو مع تكون جملة خراجات وانفتاحها ويشاهد هذا السير المستطيل المستعصى فى الخيرجل الحادمتى انسكب الصديد من الغدة الليمفاوية الملتهبة الى ما حولها وتكون عنه قنوات ناصورية ونحو ذلك وكذا يصير سير هذا الخيرجل مستطيلا مستعصيا متى انسكب الصديد من الغدة المتقيحة فى الاجزاء المجاورة وسرى خلالها وكون فيها قنوات ناصورية اومتى لم يمزق الصديد المجتمع فى الغدة غلافها الا بعد انتهاء هذا الالتهاب الفلغمونى فى الاجزاء المحيطة بالتقيح فى محال متعددة وبعد انفجار الغدة الملتهبة واستفراغ الصديد تبقى قرحة مماثلة للقرحة الزهرية الرخوة تنفرز منها مادة قابلة للتلقيح وهذه القرحة تكون ذات حواف غير منتظمة حمرا منزرقة منفصلة عما تحتها من الاجزاء وذات قاع شحمى ولا تميل للالتحام الا بعد زمن طويل والقرحة الشنكرية الناشئة عن خيرجل متقيح يمكن ان تكتسب شكل الشنكر الاكال او الغنغرينى فينتج عنها فى مثل هذه الاحوال تهتكات عظيمة بل وتأكل فى الاوعية الفخذية الغليظة او التهاب بريتونى

﴿ المعالجة ﴾

متى انضم الى القرحة الزهرية الرخوة التهاب عقدى تسمى كان الامل فى التحلل قليلا جدا بحيث لا يجدى نفعا غالبا استعمال كل من ارسال العلق والدلك بالمرهم الزيبقى ووضع رباط ضاغط وغير ذلك من الطرق العلاجية الموصى بها لاجل تحليل الخيرجلات وحينئذ فالاوفق الامتناع عن استعمال هذه الوسائط غالبا والافضل اما تغطية الخيرجل الشنكرى الحاد بقطعة من المشمع الاعتيادى أو الزئبقى يثبت برباط اوربى أو استعمال المكمدات البادرة اللطيفة مع الراحة فى الفراش والحمية القاسية فانه فى بعض الاحوال قد يتحلل الخيرجل بهذه الطريقة البسيطة وفى غير ذلك من الاحوال قد ينتهى الخيرجل بالتقيح بدون تعب للمرضى ومتى ظهر التموج بسرعة فى جزء محدود من الغدة نفسها ينبغى استفراغها بواسطة شق أو جملة شقوق واما اذا كان المنسوج الخلوى المحيط بالغدة مجلسا لالتهاب فلغمونى وظهر التموج فى جزء من الاجزاء المتهبة المحيطة بالغدة لا فى الغدة المتقيحة نفسها فلا ينبغى المبادرة بفتح الخراج بل ينبغى التأنى حتى يتم تقيح الاجزاء المحيطة بالجزء اللين او يزول تيبسها بواسطة ضغط القيح عليها وعند حصول ذلك وتمامه ان كان الجلد المغطى للمحل المتموج رقيقا جدا ينبغى احالة جميع الجزء المغطى للخراج من الجلد الى خشكريشة بواسطة مسمسا مستمر ابالبوتاسا الكاوية او وضع عجينة و يدنة وهذه الطريقة وان كانت مؤلمة جدا الا انها ذات منفعة عظيمة لكونها تمنع من تكون قروح ناصورية وحواف منفصلة تعوق الالتحام بل ان هذه الطريقة ينفصل بها غطاء الخراج دفعة واحدة فتتكون القرحة فى اول يوم بعد انفصال الخشكريشة مكتسبة لشكل قابل للالتحام وبهذه الطريقة يحصل الشفاء تبعا لتجاربنا فى زمن أقرب جدا عما اذا صار شق كل جزء ظهر فيه التموج على حدته مع شق القروح الناصورية المتكونة وكشط الحوافى المنفصلة وقد استعمل فى العصر المتأخر طريقة علاجية اخرى فى معالجة الخيرجلات الشنكرية منعا لامتداد التقيح ولاحداث التحلل وهى تغطية الخيرجل بمنفطة ثم فتح الفقاعة المتكونة مع غاية الاحتراس وتعويض البشرة جديدا عقب الغيار على محل

المنفطة

المنفطة غيارا بسيطا وعند حصول ذلك توضع منفطة أخرى وهكذا حتى يزول الارتشاح من الاجزاء المجاورة وانتفاخها الذي يأخذ في التحلل حالا بعد وضع اول منفطة فان ظهر التموج بعد ذلك يصير امافتح الخراج او يجب افساد الجلد المغطى له بواسطة البوتاسا الكاوية او وضع عجينة وبينه كما ذكرنا ولم يشاهد سريانات صديدية ولا قروح ناصورية في جميع الاحوال التى تعالج بهذه الطريقة تبعا لتجاربنا

ومن هذا القبيل طريقة معلمي سيجموند منعا لتكون الخراجات الخيرجلية وهى المس بصبغة اليود المضاف اليها كمية متساوية من صبغة غر البلوط من ثلاث مرات الى ست في اليوم فوق الغدة المنتفخة مساحتمدا على سطح الجلد وكذا طريقة مص القيح مرارا بحقنة بخقنة براواز اذا لم يكن التموج واضحا مع مساعدة التحلل بعد ذلك برباط ضاغط وأما معالجة القرحة الخيرجاية بعد انفتاح الخراج اما بالمشرط او البوتاسا الكاوية أو بعجينة وبينة فتكون جارية على نهج المعالجة الجراحية المعتادة فتنظف جيدا من افرازها السم بالحقن المتكرر بالماء الفاتر او الحمامات الجلوسية ثم مل ء تجويفها بكرات من النسالة المغموسة في محلول حمض الفينيك وان وجدت غدد سائبة في قاع القرحة وجب ازالتها

﴿ثانيا في الداء الزهري البنيي﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

مسئلة منشأ السم الزهري البنيي لا يمكن حلها مثل مسئلة منشأ سم القروح الشنكرية فان الداء الزهري البنيي في وقتنا هذا مرض معد محض حيث ان السم الزهري يتولد في جسم الشخص المصاب به وانتقال هذا السم المتولد الى جسم شخص آخر هو الواسطة الوحيدة التى بها ينتشر الداء الزهري البنيي والسم الزهري البنيي الذي يجوز تسميته حقيقة بالاصل المعدي الزهري (وطبيعته مجهولة علينا لانه لا يمكننا استحضاره على انفراده ومعرفة خواصه الطبيعية والكيماوية) ذو طبيعة ثابتة مثل سم القروح الشنكرية فانه لا ينتشر في الهواء المحيط بشخص مصاب بالداء الزهري البنيي لكنه ليس مرتبطا بافرازا قروح الزهرية ومتحصل التولدات الزهرية فقط بل انه يوجد

كذلك فى دم المرضى المصابة بهذا الداء ويظهر ان هذا السم لا يسرى الى الافرازات الطبيعية مثل البول واللعاب ولا الى المتحصلات المرضية التى تتكون من امراض تطراء على المرضى فان لقح الطفل سليم مثلا بالمادة المأخوذة من بثرة جدرية بقرية مأخوذة من طفل مصاب بالداء الزهرى فلا يعترى هذا الداء الطفل الملقح له لكن ان كانت المادة الجدرية مختلطة بدم اى بحامل للسم الزهرى فلا يصير التلقيح بالمادة الجدرية البقرية فقط بل كذلك بالسم الزهرى واما اللبن المأخوذ من نساء مصابات بالداء الزهرى فمن المشكوك فيه كونه حاملا للسم الزهرى فان عدوى الرضع بهذا الداء عقب الرضاعة من مراضع مصابات بالداء الزهرى يمكن حصولها من تسلخات دامية فى حلمة الثدى وسنذكر كيفية انتشار الداء الزهرى بواسطة التناسل فى المبحث الآتى

ثم ان الاستعداد للاصابة بالداء الزهرى منتشر جدا بحيث ان الصيانة عن الاصابة به لو وجدت حقيقة تعد من النوادر العظيمة جدا واما كثرة اصابة الذكور الاقويا البنية البالغين دون الضعفا والنساء والاطفال فانما تنتج عن كثرة تعرض الاولين للعدوى به عن الآخرين وتقل سهولة العدوى بالسم الزهرى البنيى كما تقل سهولة العدوى بسم القروح الشنكرية اذا كانت البشرة سميكة وليست قليلة المقاومة وهذا يثبت اكيدا منفعة الختان

وتظهر العدوى اذا كانت اعضاء التناسل نامية بخلاف ما اذا كانت ضامرة ووجود طفح اكزنتيماوى على الحشفة او القلفة يزيد جدا فى حصول العدوى

ومهما كان انتشار الاستعداد للاصابة بالداء الزهرى فانه يحصل غالبا عقب انتشاره فى البنية صيانة من العدوى به مرة ثانية وهذه الحقائق المهمة جدا تشابه من حيثية الصيانة والوقاية الاصابة بالسم الحصبى او القرمزى او الجدرى صيانة ووقاية تكتسبها الاشخاص الذين اصيبوا بهذه الامراض مرة واحدة فان لقح لشخص مصاب بتيبس زهرى اولى او بقرحة زهرية متيبسة اولية او كان قد اعتراه ذلك مرة سابقة بالمادة المنفرزة من قرحة زهرية او بسائل حامل للسم الزهرى فلا يحصل من التلقيح على شئ وهذا

الامر

الامر هو الذى ادى للغلط الفاحش فان التجارب بالتلقيح كانت تفعل مدة طويلة من الزمن على اشخاص مصابة اولا بالداء الزهرى البنى وكان يحكم من عدم نجاح التلقيح المفعول بالدم او بافراز القرحة الزهرية الثانوية بان كلا من دم وافراز الآفات الزهرية الثانوية غير معد انما عند اجراء التجارب بالتلقيح بالسم الزهرى او بالسوائل الحاملة له فى الاشخاص غير مصابة بالداء الزهرى تأكد ان عدم نجاح التلقيح انما ينتج فقط عن صيانة الاشخاص المصابة بالداء الزهرى من عدوى جديدة وان كلا من دم الاشخاص المصابة بالداء الزهرى وافراز القروح الثانوية معد ايضا مثل افراز القروح الزهرية الاولية انما يظن ان هنالك مستثناء من القاعدة العامة وهى ان يعقب الاحوال التى يفعل فيها التلقيح افراز القرحة الزهرية الاولية فى الشخص المصاب بها او الحامل لها تكون قرحة زهرية لكن قد اتضح الآن ان ذلك فى مثل هذه الاحوال عبارة عن مضاعفة الشنكر بقرحة زهرية متيبسة فان القرحة الناتجة عن التلقيح شنكرية لا زهرية متيبسة فان انتشار السم فى البنية لا ينتج عنه صيانة ووقاية من العدوى بسم القرحة الزهرية الرخوة اى الشنكر وحيث ان الشخص المصاب فقط بتيبس زهرى او بقرحة زهرية اولية ولم يكن عنده آفات زهرية ثانوية يكون مصونا عن عدوى جديدة بالسم الزهرى فمن الجائز اعتبار كل من التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية البنية الاولية علامات لسوء القنية الزهرى واعراض اولية من الداء الزهرى البنى لكن حيث ان الآفات المذكورة تكون اولية للاضطرابات الغذائية الزهرية وان العرض الاول للداء الزهرى البنى يحصل على الدوام فى محل تأثير السم الزهرى على شكل تيبس او قرحة زهرية متيبسة فمن الجيد الاستمرار على استعمال لفظ تيبس زهرى اولى وقرحة زهرية اولية حيث ان ذلك مطابق للمعنى

والصيانة التى تنتج عن سوء القنية الزهرى اى انتشار السم الزهرى فى البنية بالنسبة للوقاية من عدوى جديدة توضح لنا ظاهرة مهمة كانت خفية علينا سابقا وهى ان الاطفال الرضع يكثر عدواها من المراضع المصابات بهذا الداء زيادة عما يحصل من الامهات المصابات ايضا فان الطفل الذى يرضع من

مرضعة ذات بنية زهرية يكون فى معظم الاحوال غير مصاب بهذا الداء ولذا انه
يصاب ويتعدى بسهولة واما الطفل الذى يرضع من ثدى امه المصابة بالداء
الزهرى البنى فانه يكاد يكون دائما زهرى البنية فلا يصاب ولا يتعدى ثانيا
واكثر الاسباب المتممة لحصول الداء الزهرى البنى هو مجامعة شخص
مصاب بهذا الداء ومع ذلك توجد امثلة واحوال اكيدة حصلت فيها العدوى
بواسطة ايدى الاطباء والقابلات او بواسطه شيئات الدخان او كوبات الشرب
او استعمال بعض الراحيض الملوثة بالسم الزهرى وكذا الايشك فى انتقال
الداء الزهرى البنى والعدوى به كذلك بواسطة تلقيح المادة الجدرية البقرية
فانه تحقق الآن (انما يشترط فى ذلك تبعا لما ذكرناه فيما تقدم تلوثها بالدم)
وبالجملة فقد توجد احوال وامثلة عديدة حصلت فيها العدوى بالداء الزهرى
من بعض الجراحين بواسطة المشرط او المبضع او المبزغ النساوى

﴿الاعراض والسير﴾

أولا فى التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية

﴿الاولية اليابسة﴾

أما زمن تفريخ السم الزهرى الاولى فانه يمتد من ثلاثة اسابيع الى اربعة
ومعرفة هذا الامر مع التأكيد لم تحصل الا فى هذا العصر المستجد فانه قبل
معرفة هذا الحقيقة بواسطة فعل التلقيح فى الاشخاص السليمين بالمادة
السمية الزهرية البنية كانت المشاهدة المعلومة من انه يتكون فى عدة من
الاحوال تيبس فى قاع القرحة الزهرية الرخوة وحوافيها اعنى الشنكر بعد
مكثه على الحالة الرخوة جملة اسابيع غير واضحة وهذه المشاهدة هى التى
ادت الى الغلط والخطاء بالزعم ان الشنكر قد يتيبس واكتسب بذلك خواص
زهرية بنية وقد دلت التجارب على ان القرحة الزهرية المتيبسة تكون
دائما متقدمة على حصول الظواهر الزهرية الثانوية البنية والتوجيه الحقيقى
لهذه المشاهدة المعلومة هو انه قد يؤثر فى صقع واحد نوعان مختلفان من السم
وهما سم القرحة الزهرية الرخوة اعنى الشنكر وسم القرحة الزهرية المتيبسة
اعنى البنية فى آن واحد فبعد تأثير السم بايام قلائل تتضح القرحة الزهرية
الرخوة فان دور تفريخ السم الشنكرى قصير جدا ثم بعد مضى ثلاثة اسابيع

او اربعة يظهر التيبس الزهرى فى قاع القرحة الشنكرية وحوافيها فانه اذ ذاك يكون دور تفرخ السم الزهرى قد انتهى وتم ومن الجائز ان يكون الشنكر قد تم شفاؤه فى الزمن الذى فيه يكون قد تم دور تفرخ السم الزهرى البنيى وحينئذ يظهر التيبس الزهرى فى ندبة التحام القرحة الشنكرية كما انه من الجائز ان التيبس الزهرى قد يستحيل بتأثير السم الشنكرى الى قرحة رخوة

ثم انه بعد تلقيح السم الزهرى البنيى او انتقاله بالمصادفة الى شخص قابل للتأثر منه يعنى انه لا يكون قد اعتراه الداء الزهرى فى الحال اولم يكن اعتراه من قبل تظهر بعد تمام دور تفرخ هذا السم حلمة يابسة او نتوبارز متفاوت العظم ولا يظهر مثل ما يحصل بعد تلقيح السم الشنكرى او انتقاله بالمصادفة نحو بصلة اوبثرة تنفجر فتخلف قرحة وهذه التيبسات الجوهرية الزهرية الصغيرة يكون حجمها كحجم العدسة او الحمصة وقد يبلغ العظيم منها حجم الفولة او الغندقة وبالبحث الميكرسكوبى يظهر انها ناشئة عن نمو وتكون اخلية ونوايات ليست ذات صفات مخصوصة وهذه الاخلية والنوايات تكون متراكمة بين جزيئات المنسوجات الطبيعية والياف المنسوج الخلوى القليل ولا يوجد فى الابتداء على هذه الارتفاعات الحلمية المتيبسة تغير فى البشرة الجلدية أو المخاطية لكن عما قليل تاخذ هذه الطبقة البشرية فى التفلس والطبقة البشرية التى تحل محل الاولى تكون رقيقة بحيث ان السطح الظاهر لهذه الاجزاء المتيبسة يشاهد ذا احمرار لامع وبعد تكرار التفلس جملة مرات لا تتكون طبقة بشرية جديدة ثانيا فيبقى السطح الظاهر من السطح المتيبس متسلخا وينفرز منه مادة قليلة مائية وفى احوال اخرى يحصل خشكريشة فى السطح الظاهر فيبقى بعد انفصال الخشكريشة قرحة ذات قاعدة سميكة متيبسة وحينئذ تكون القرحة الزهرية الابتدائية المتيبسة عبارة عن التيبس الجوهرى الزهرى المتقرح والمجلس الاعتيادى لهذه القرحة الاعضاء التناسلية فتوجد عند الرجال فى الوريقة الباطنة من القلفة وفى ميزاب تاج الحشفة وعند النساء فيما بين الشفرين الصغيرين وفى المجمع الخلفى من الفرج وفى فوهة المهبل كما انها توجد احيانا فى حلمة الثدى

وزاوية الشفتين ولا يندر وجودها فى انامل الاصابع ولا يوجد جزء آخر من الجسم مصونا عن الاصابة بهذا الداء فانه متى وصل السم الزهرى الى اى جزء وكان عاريا عن البشرة او رقيقها لابد وان يحصل التيبس الزهرى الاولى انما الاجزاء التى ذكرنا انها مجلس لهذا الداء غالبا هى اجزاء جامعة لجميع الشروط المعينة على العدوى وان أصيب بالسم الزهرى البنى جراب دهنى اكتسب التيبس الزهرى شكلا اسطوانيا قائما واما ان أصيب به عدة اجربة دهنية بجوار بعضها كما يشاهد ذلك فى الحفرة الزورقية فانه ينشأ من اجتماع جملة اسطوانات متيبسة مع بعضها نوع حوية يابسة وان كانت شفتا فوهة القناة البولية مجلسا للتيبس الزهرى كونت هذه الفوهة نوع قمع منفرج غضروفى القوام وليس من النادر حصول تشققات فى الدائرة المقدمة من القلفة عند الجماع خصوصا ان كانت ضيقة فان حصل تيبس زهرى فى هذه التشققات عقب اصابتها بالسم الزهرى لا يمكن دفع القلفة الى الخلف لان فوهتها تكون اذ ذاك مستحيلة الى حلقة يابسة والكيموزس المتكون بهذه الكيفية يزول بعد زوال التيبس

ثم ان القرحة الزهرية الاولية المتيبسة لا تكون ذات قاع شحمى ولا حواف مشرذمة ولا يكون لها ميل للسعى والتأكل فان هذه الاوصاف خاصة بالشنكر فقط وكذا لا تكون القرحة الزهرية الاولية مؤلمة مثل الشنكر ايضا بل تكون عديمة الالم غالبا وتكون زيادة عن ذلك منفردة لا متعددة ومن النادر وجود جملة قروح زهرية متعددة اذا كانت تسممت جملة اصفار متعددة فى آن واحد وكثيرا ما لا يرى التيبس الزهرى الغير المتقرح فلا يستيقظ المريض بل ولا الطبيب لحصول هذا المرض الا من بعد حصول التقرح وقد يكون التيبس فى بعض الاحوال قليلا جدا بحيث يمكن الاشتباه بين القرحة الزهرية والشنكر ويزول التغيهب فى مثل هذه الاحوال بواسطة اجراء التلقيح ثم انه يميز للقرحة الزهرية الاولية عدة اشكال رئيسة

منها القرحة الزهرية السطحية او المفرطحة وفى هذا الشكل يكون التيبس على شكل وريقة رقيقة بحيث متى اريد رفع هذا الجزء المتقرح على هيئة ثنية يرى للطبيب انه يوجد أسفل هذه القرحة وريقة شبيهة بالرق (ولذا يسمى ريكور

هـذا الشكل بالقرحة الشبيهة بالرق) و ينفر زمن السطح الظاهر لهـذه القرحة سائل رقيق قليل لا يوجد فيه عند البحث الميكرسكوبى كرات صديدية بل لا يوجد فيه الا بقايا جوهرية حبيبية وكثيرا ما يشفى هذا الشكل بسرعة غير ان الظواهر الزهرية الثانوية تحصل على الدوام عقبه كحصولها عقب اشكال اخرى من القرحة الزهرية الاولية

ومنها القرحة الزهرية المرتفعة وفى هذا الشكل يكون قاع القرحة كثير المقاومة او قليلها اذا مسكه متفاوتة بحيث تكون القرحة مرتفعة عما حولها من الاجزاء ويوجد على هـذا القاع سطح متسلخ قليل الافراز بحيث يكاد يكون جافا ويتغطى هـذا السطح زمنا فزمنا بطبقة بشرية تتقلس بسرعة غالبا على هيئة صفايح رقيقة حتى يحدث التسلخ ومنها القرحة الزهرية الهنتيرية (نسبة للمعلم هنتير) وهذا الشكل لا يكون ذا قاع متيبس فقط بل يكون كذلك محاطا بحافة يابسة منقلبة مندملة بحيث تكون القرحة فى هـذا الشكل عميقة من المركز ومرتفعة من الدائرة (ولذا تسمى بالقرحة ذات الدائرة) وشفاهذه القرحة لا يكون غالبا الا بعد الاسبوع الخامس او السادس وجميع هـذه الاشكال المختلفة من القرحة الزهرية يمكن ان تقع فى الفساد والتأكل بمعنى انه يعتريها تغير مرضى اى فساد دفتيرى تقرحى وفى مثل هذه الاحوال يمتد الفساد حتى يتجاوز الاجزاء المتيبسة بحيث يأكل جلد الاجزاء المحيطة وغشائها المخاطى وان انضم التيبس الزهرى الى قرحة شنكرية بتأثير كل من السمين على عضو واحد من الجسم نشأ عن ذلك تنوع فى القرحة الهنتيرية اى ذات الدايرة اليابسة المرتفعة بمعنى ان حافات القرحة الشنكرية تصير يابسة ندبية وتحيط بالشنكر على هيئة حوية بارزة ثم فيما بعد يشاهد حصول التيبس فى قاع الشنكر نفسه

ثم ان مدة التيبس والتقرح الزهريين الاوليين تختلف ويكاد يمضى فى الغالب نحو ثلاثة شهور قبل ان يكتسب الجزء المتيبس قوامه الطبيعى بل كثيرا ما يستمر التيبس الزهرى نحو نصف سنة وازيد من ذلك ومن المستغرب الواضح انه عندما تظهر الظواهر الزهرية الثانوية يأخذ التيبس الزهرى فى التحلل مع تركه لنكت مسمرة حمرا بجمنتية وعند زوال ذلك بالكلية

يصير محل النكتة مبيضا زيادة عن الاجزاء المحيطة بها شبيها بالمنسوج الندبى المتكون من تولد مرضى جديد ولا يتخلف فى الجزء اذا كان متيبسا ادنى انبعاج مالم يكن متكونا عليه قرحة شنكرية

﴿ ثانيا الخيرجلات القليلة الحساسية ﴾

(والاصابة الزهرية المنتشرة للعقد اللينفاوية)

كما انه ينشأ فى معظم الامراض التسممية الانتشارية الحادة انتفاخ حاد ايضا فى العقد اللينفاوية فكذلك ينشأ عن الداء الزهرى الذى هو اوضح مرض تسممى انتشارا وانتفاخ مزمن فى العقد اللينفاوية فتشارك العقد اللينفاوية حينئذ التغير الغذائى الناتج عن تسمم البنية بالسم الزهرى والتغيرات التشريحية التى تعترى الغدد اللينفاوية هى عبارة عن زيادة تولد خلوى عضوى ومن النادر ان تصير تلك العقد محلا لتغير التهابى حقيقى وتقيح بل الغالب ان يعترى بعض البورات الكائنة فى العقد المنتفخة استحالة جبنية ثم كلسية خصوصا عند استمرار انتفاخها زمنا طويلا

ثم ان التيبس الزهرى الاولى يؤدى بعد بعض ايام الى انتفاخ عديم الالم او قليله جدا فى العقد اللينفاوية المجاورة للاوربية وهى الخيرجلات غير المؤلمة والانتفاخ المصيب لعدد عظيم من العقد اللينفاوية لا يكون عظيما بحيث ان الغدد المصابة تصل غالبا الى حجم الفولة ويندر ان تصل الى حجم الفندقة او الجوزة خصوصا عند الاشخاص الخنازيرى البنية والمنسوج الخلوى الضام المحيط بتلك الغدد لا يشترك فى الاصابة فان الغدد تبقى منعزلة عن بعضها بل وعندما يتكون ورم عظيم جدا عقب انتفاخ جملة غدد انتفاخا عظيما يبقى هذا الورم حافظا الشكل ذى تحدبات بحيث يرى بسهولة انه متكون من اجتماع جملة غدد منعزلة وقد يشاهد احيانا بين القرحة الزهرية اليابسة والخيرجل الغير المؤلم حبل وعائى لينفاوى متيبس صلب وفى الاحوال النادرة التى فيها انتقيح الغدد المنتفخة انتفاخا غيره ولم يلتصق الجلد بالعقد اللينفاوية الكائنة اسفل منه فيحمر لونه شيأ فشيأ ويصير الورم مؤلما لكنه يمضى على ذلك زمن طويل الى ان يظهر التموج وان حصل انفجار ذاتى فى الاجزاء المتقيحة او صار فتحها بالصناعة تخلف عن ذلك قروح ناصورية متعرجة

تستمر زمنا طويلا ثم ان تحلل الخيرجلات الغير المؤلمة بطئ جدا فانه لابد وان يمضى جملة اسابيع قبل ان يتناقص حجم الغدد المنتفخة بل قد لا يزول اثر الانتفاخ الاخير الا بعد جملة سنين وان حصلت استحالة شحمية اوكلسية فى بعض البورات بقيت نتوات صغيرة يابسة مدة الحياة واكثر ما يشاهد الانتفاخ الغير المؤلم للعقد اللينفاوية فى ثنية الاوربيتين وماذاك الا لكثرة وجود التيبسات الزهرية الاولية فى الاعضاء التناسلية والذى يصاب من تلك الغدد بدون استثناء هى الغدة الكائنة اعلى الوتر العريض للجهة التى هى مجلس للتيبس الزهرى وعندما تكون الاصابة الفمية اولية تصاب العقد اللينفاوية الكائنة أسفل الفك وعندما تكون اصابة الاصابع اولية تصاب العقد اللينفاوية لثنية المرفق والابطين ثم انه يشاهد عقب ظهور الخيرجلات الغير المؤلمة بخمسة اسابيع اوستة غدد لينفاوية منتفخة منتشرة فى اقسام مختلفة من الجسم بعيدة عن محل الاصابة وعن الخيرجلات الغير المؤلمة واكثر ما ينتفخ العقد اللينفاوية العنقية وتحت الابطين والعقد الاربية للجهة الاخرى والعقد المرفقية وتحت الفك والعقد المنتفخة يبلغ حجمها قدر الحمصة او الفولة او الجوزة وتكون عديمة الالم بل وليست اكثر حساسية من باقى العقد اللينفاوية عند الضغط عليها وهذا الانتفاخ المنتشر فى الغدد اللينفاوية قد يستمر جملة سنين ومادام هذا الانتفاخ موجودا يعلم منه ان الداء الزهرى لم ينطفئ بالكلية ولو لم يوجد من ظواهر هذا المرض سوى هذا الانتفاخ العقدى ومن النادر ان تلتهب هذه العقد وتتقيح ولا يحصل ذلك الا عند وجود مضاعفات اخرى

﴿ ثالثا الكنديلوما اى اللطخ العريضة او الدرن العريض ﴾

اللطخ العريضة عبارة عن ارتفاعات او بروزات مفرطحة مغطاة بطبقة بشرية رقيقة تتقرح تقرحا سطحيا غالبا متى كان مجلسها الجلد الظاهر وتتغطى بمادة مخاطية كريهة الرائحة وهذه اللطخ هى التى يكون منشأها زهريا حقيقة واما اللطخ المدببة او الابرية المغطاة بطبقة بشرية سميكة جافة فانها تنشأ عن مهيجات موضعية فتحصل فى الغالب فى الاجزاء التى تلامسها المادة المخاطية السيلانية

واللطخ الزهرية العريضة هي أكثر الظواهر التسممية الزهرية العامة حصولا فمن النادر ان تفقد عند اتضاح التغيرات البنيية المرضية التي تظهر تدريجيا بتأثير السم الزهري وفي الغالب هي التي تعقب الاصابات الزهرية الابتدائية واصابات العقد الالينفاوية وبها تبتدي التغيرات الغذائية البنيية وقد بينا فيما تقدم كلا من الشكل الظاهري لهذه اللطخ العريضة وتركيبها واما مجلس هذه اللطخ فانه يكون غالبا بين الاليتين او الشفرتين العظيمين عند النساء أو على الصفن عند الرجال وظاهر القضيب وقد تمتد الى الجهة الانسية من الفخذين وكثيرا ما يكون مجلس هذه اللطخ الزهرية زاوية الشفتين ويندر وجودها في زاوية الاجفان وبين الاصابع وحلمة الثديين وخلف الثديين المرتخيين وكثيرا ما تتشقق هذه اللطخ لا سيما عند نموها واختلاطها ببعضها فينتج عن ذلك تقرحات مؤلمة مستعصية كما أنه ليس من النادر ان يتكون في الجلد المحيط بها تشققات كثيرة الالم جدا لا تشفى الا بعسر واما اللطخ العريضة الزهرية التي يكون مجلسها الاغشية المخاطية المسماة باللطخ العريضة الغشائية المخاطية فقد سبق الكلام على ما كان منها مجلسه كل من الفم والحلق والحنجرة فانها تصاحب القروح الحنجرية غالبا

(رابعا الاصابة الزهرية للجلد المعروفة بالطفحات الجلدية الزهرية)

الاصابات الزهرية للجلد تنشأ اما عن تغيرات احتقانية نضحية فيه او عن تكون اورام شبيهة بالتعقدات الصمغية المعروفة بالعقد او الاورام الزهرية الصمغية وجميع هذه التغيرات يعتريها استحالات مختلفة ففي أحوال التغيرات الاولى يكون النضح اما في جوهر الجلد او على سطحه السائب او فيهما معا وبالنسبة للاختلافات الناشئة عن ذلك وعن اختلاف درجة امتداد الطفح وانتشاره قد ميز للطفحات الجلدية عدة انواع لكن حيث ان تمييزها في انواع احتقانات الجلد والتهاباته الغير الزهرية مؤسس ايضا على هذا الامر وجب علينا الاختصار في التكلم على الطفحات الجلدية الزهرية فنقتصر هنا على بيان الفرق بين الطفحات الجلدية الزهرية والغير الزهرية فنقول

اما الطفحات الجلدية الزهرية فمن صفاتها العامة لونها الخاص بها وذلك

معلوم من منذ زمن طويل ومعتبر كل الاعتبار فان جميع الطفحات الجلدية الزهرية تكون ذات لون احمر نحاسي خصوصا عند استمرارها زمنا طويلا حتى انه ان وجد طفح اجزتيماوى من عند اشخاص مصابة بالداء الزهرى حقيقة ولم يظهر فيه هذا اللون لا ينبغى اعتباره نتيجة للداء الزهرى ولا يجوز القول بعكس ذلك بمعنى انه لا ينبغى اعتبار كل طفح اجزتيماوى ذى لون نحاسى من طبيعة زهرية كما ثبت ذلك مع الايضاح بكل من البسيريازس والاكنة الوردية (التى سميت بذلك نظرا للونها الاحمر النحاسى)

واللون الاحمر النحاسى انما ينشأ عن كون الاحمرار الذى ينتج عن الاحتقان الشعرى يختلط بكل من التلون المزرق والاصفر والاسمر الذى ينشأ عن الانسكابات الدموية القليلة الكمية وعن التغيرات التى تعترى المادة الملونة للدم الخارج من اوعيته ويفقد هذا اللون الاحمر النحاسى فى الطفحات الجلدية الزهرية الحديثة وذلك اما لكون الانسكابات الدموية لم تحصل او لكون الدم المنسكب لم يعتره تغيرات اللون السابق ذكرها

وهناك صفة ثانية خاصة بالطفحات الجلدية الزهرية وهو انه بعد شفاء الطفح الزهرى يخلفه غالبا بقع بجمنتية فى الجلد وهذه الصفة مبنية كالسابقة على استحالة المادة الملونة للدم المنسكب الى مادة ملونة مسودة بجمينتية

ثم ان الطفح الزهرى للجلد يتميز عن الطفح الجلدى غير الزهرى بكونه زيادة عما ذكر لا يكتسب مثل الاخير اشكالا طفحية نقية واضحة فانه كثيرا ما يوجد عند شخص واحد طفح جلدى زهرى منه ما يخص شكلا من اشكال الطفحات الجلدية ومنه ما يخص الشكل الاخير كما يوجد كذلك عنده طفح جلدى زهرى لا يمكن نسبته مع التحقيق لنوع مخصوص من انواع الطفح الجلدى فكثيرا ما يشاهد لطخ محمرة لا يمكن اعتبارها بدون شك وردية من جهة لانها مغطاة بقشور بشرية ومن جهة أخرى لا يمكن اعتبارها من البسريازس لان الطبقة البشرية المغطية لها قليلة السمك جدا وليست كما يشاهد فى البسريازس غير الزهرى

ومن المهم كذلك فى تمييز الطفح الزهرى عن غير الزهرى هو اعتبار المحل الذى يكون مجلسا للطفح فان الطفحات الزهرية الجلدية يكثر مشاهدتها

المحال التي تكون معرضة للهواء من الجلد والتي تكون فوق شمحاق العظام مباشرة كما وانه من الامور التي يعتني بها هو اقتصار الطفح على جزء محدود مثل البسريازس الذي يصيب بالاخص الركبتين والمرفقين فان ترك الطفح هذين المحلين وشوهد في غيرهما من اجزاء الجسم (كوجود البسريازس في اليدين) كان هذا دليلا على انه زهري

ومن صفات الطفح الجلدي الزهري أن يكون غالبا مكونا الاشكال حلقية او نصف حلقية منتظمة انما ننبه على ان الشكل الحلقي من الطفح الجلدي الزهري هو الذي ينشأ من انضمام تزهرات الطفح بهذه الكيفية وليس الشكل الحلقي الذي يكون ناشئا عن شفاء التزهرات الطفحية المركزية وامتداد الدائرة منها وانتشارها وبالجملة تذكر ان الطفحات الجلدية الزهرية تكاد لا تكون مصحوبة باكلان دائما

ومن المهم في الاحوال المشكوك فيها هل منشأ الطفح الداء الزهري اولا التحقق من حصول قرحة زهرية اولية سابقا او من وجود اصابات زهرية أخرى ام لا ثم ان القشور التي تكون مغطية للطفحات الزهرية الجلدية تكون أكثر ثخنا وسمكا عن المغطية للطفحات الجلدية الغير الزهرية وهذه الصفة تنشأ من جفاف المتحصل الصديدي للبثور الزهرية غالبا ويدل على استمرار تقرحها وجفاف متحصلها واستحالته الى قشور وأما القروح الجلدية الزهرية فمن الواصف لها انها تكون مكتسبة لشكل يشبه الشكل الكلوي او الشبيه بنعل الفرس وهذا الشكل ينشأ من حصول الالتحام في احدى حوافي القرحة وامتداد التقرح في الحافة الاخرى

ثم ان الشكل الاكثر حصولا من الطفحات الجلدية الزهرية هو الطفح النقطي المعروف بالوردية الزهرية ويسبق ظهور النقط الوردية الصغيرة غير المنتظمة المستديرة المختلطة ببعضها في بعض المحال اضطراب بنيي حمى ومجالس هذا الطفح هو البطن والجهتان الجانبيتان من الصدر والجهتان الانسيتان من الاطراف العليا والسفلى وأما الوجه فانه يبقى عادة مصانا ماعدا الجزء العلوي من الجبهة في محل ابتداء فروة الرأس والنقط تكون في الابتداء حمرا ناصعة ثم تصير فيما بعد حمرة نحاسية وهي اما أن تكون في موازاة

سطح الجلد أو من تفعة عنه بقليل وفي هذه الاخيرة يكون بينها وبين حلمات الانجرية اشتباه الا أنها لا تكون مصحوبة بأكلان مثلها وبعد استمرار الوردية زمنا طويلا تكتسب لونا أحمر مسمرا وسخا ثم بعد انتقاعها بالكلية تخلفها انكت سنجابية مسمرة وفي بعض الاحوال يمتد هذا الطفح على سطح الحشفة وان حصل ذلك انفصلت الطبقة البشرية من سطح الطفح بحيث تتكون تسلخات شديدة الاحمرار رطبة سهلة الادماء لا ينبغي اختلاطها بالقرحة الرطبة السطحية ثم ان الطفح الزهري الوردي من جملة اعراض الزهري البني التي تعقب التسمم البني بسرعة ولا تشاهد في الاحوال العتيقة للداء الزهري مطلقا وهذا الطفح يزول بالمعالجة الزيبقية في ظرف قليل من الاسابيع وفي الاحوال المهملة اي التي لم تعالج بالمعالجة اللائقة فلا يشاهد استحالة الوردية الى طفح زهري جلدي حلمي اوقشري او بثري

واما الطفح الزهري الجلدي الحلمي المعروف بالحزاز الزهري فانه يعرف بلونه الاحمر النحاسي أو بلونه الاحمر المسمر عند مكثه زمنا طويلا وحلمات هذا الطفح تكون اما في حجم حبة الدخن (فيسمى بالطفح الحلمي الدخني) او في حجم العدسة (فيسمى بالطفح الحلمي العدسي) وتكون الحلمات اما متفرقة او مجتمعة وعند اجتماعها تكون حلقات او نصف حلقات والمجلس الاعتيادي للطفح الزهري الحلمي هو محل اتصال جلد الجبهة بفروة الرأس ومع ذلك قد يشاهد في الجزع والاطراف وعند استمرار هذا الطفح زمنا طويلا يرى أنه يتغطى بقشور بشرية منفصلة وان تكون بدلا عن ذلك في قمة الحلمات بثور صغيرة سمي الطفح حينئذ بالاكنة الزهرية والطفح الجلدي الزهري الحلمي من جملة الطفحات الجلدية الزهرية التي تشاهد بعد التسمم الزهري بزمن قليل ومع ذلك قد يشاهد في الادوار الاخيرة من الداء الزهري انما في مثل هذه الاحوال يكون تزهر الطفح قليل العدد وله ميل عظيم لان يكون دائرة تامة أو نصف دائرة وهذا الطفح اكثر استعصاء عن الطفح النكتي بحيث يمضي عادة جملة اسابيع قبل ان يشفى ولو كانت المعالجة قوية للغاية

واما الطفح الجلدى الزهرى القشرى المعروف بالبثر يازس الزهرى فانه ينشا عن الوردية الزهرية او الحزاز الزهرى ويقع هذا الطفح يندران تكتسب حجما عظيما لكنها تكون كثيرة العدد ولون البثر يازس الزهرى كثير الدكنة والاستمرار عن غير الزهرى والقشور تكون غالبا رقيقة ولا يندر ان تكون تشققات فى الجلد المرتشح تؤدى لتكون تقرحات وكل من الركبة والمرفق يبقى مصانا عن الاصابة بها غالبا كما تقدم

والبثر يازس الزهرى لراحة اليدين واخمص القدمين الذى يكون منشاؤه زهريا يبتدى بتكون بقع صغيرة مستديرة بيضاوية الشكل ذات لون أحمر باهت اومصفر وذات سماكة وبعد سقوط البشرة المتكاثفة على هذه البقع وانفصالها منها اونزعها بيد المريض بالحك يظهر كل من اللون النحاسى والجلد المرتشح المحاط بحلقات متكاثفة من البشرة الجافة التى يسهل تفلسها وهذه الدائرة تتسع شيأ فشيأ بخلاف المركز فانه يكون اخذا فى الشفاء أو يتغطى من جديد بطبقة بشرية قرنية وفى بعض الاحوال قد تختلط هذه اللطخ بعضها من الابتداء فينشا عن ذلك تكاثفات ممتدة فى البشرة فتتشقق بسهولة فينشا عن ذلك تشققات غائرة شديدة الالم بالكلية

واما الطفح الجلدى الزهرى البثرى ففيه تكون البثرات اما صغيرة مدببة اوعظيمة عريضة ويسمى فى الحالة الاولى بالامبتيجو الزهرى وفى الحالة الثانية بالاكتيما الزهرية والبثرات فى هذا الطفح تكون اما منعزلة او مجتمعة وتشاهد فى الوجه وفى فروة الراس او الجزع او الاطراف وتكون محاطة بهالة محمرة نحاسية وتجف فيخلف ذلك تكون قشور عظيمة تسقط عند تمشيط الراس على هيئة قشور صغيرة كالنخالة وبذلك تنسلخ البثور وتصير مؤلمة للمريض ويشاهد بكثرة اسفل قشور الاكتيما الزهرية تقرحات متفاوتة الغور ويندر مشاهدة ذلك اسفل القشور المتخلفة عن الامبتيجو الزهرى واثر الالتحام التى تخلف شفاء الاكتيما الزهرية تكون فى الابتداء ذات لون احمر نحاسى ثم تكتسب فيما بعد لونا مبيضا واضحا وكل من الامبتيجو الزهرى والاكتيما الزهرية يكون ثقيلا مستعصيا وهما من الطفحات الجلدية الزهرية التى تظهر فى الدور الاخير من الداء الزهرى فان شفاها يتعسر

ويستمر جملة أشهر مهما كانت قوة المعالجة المستعملة وجودتها وغالبا يتاخر شفاؤهما عن باقى ظواهر الداء الزهرى

واما الحويصلات الزهرية فهى عبارة عن طفح جلدى زهرى حويصلى له مشابهة عظيمة بالجدرى المائى وظهور هذا الطفح يكاد يسبقه على الدوام اضطراب حمى عمومى والحويصلات العديدة لهذا الطفح المتفاوتة الانتشار ترتفع من فوق نكت محمرة وتكون فى الابتداء ممتلئة بسائل قليل التعكر يصير صديديا فيما بعد ثم يجف فيستحيل الى قشور مستديرة مسودة وهذا الشكل من الطفحات الجلدية الزهرية المستعصية ايضا فانه كثيرا مايستمر جملة اسابيع بل وجملة اشهر مع حصول دفعات جديدة

واما الروبية الزهرية فهى كالاكتيما الزهرية نتيجة التهاب جلدى تقرحى وكيفية حصولها ان يرتفع على محال مستديرة من الجلد حويصلات فى حجم الفولة هابطة ذات لون احمر ضارب للزرقة ممتلئة بسائل عكرا ومدمم ومتحصل هذه الحويصلات يجف فيستحيل الى خشكريشات ترتفع شيئا فشيئا بواسطة متحصلات التسغير التقرحى الكائن اسفل منها وتزداد هذه الخشكريشات فى العرض بواسطة ظهور حويصلات صغيرة حلقية فى دائرتها يجف متحصلها بل وتمتد هذه الخشكريشات غورا وعند نزع هذه الخشكريشات والقشور المتكونة بهذه الكيفية يوجد اسفل منها اسطحة متقرحة ذات لون وسخ ينفرز منها سائل صديدى وقد توجد اجزاء ممتدة من الجسم مغطاة بقشور الروبية الزهرية المختلطة مع بعضها وفى بعض الاحوال لا يوجد منها الا القليل وتكون متفرقة غير ان القشور فى هذه الحالة الاخيرة تكون كثيرة العرض جدا والروبية الزهرية مثل الاكتيما الزهرية لا تظهر الا فى الادوار الاخيرة من الداء الزهرى وشفاؤها بطىء للغاية ولا يندران يلتحم التقرح الكائن اسفل قشور هذا الطفح من احدى حوافيه مع امتداد التقرح من الجهة الاخرى وبهذه الكيفية تشاقروح شبيهة بنعل الفرس أو بشكل الكلية والاثرة الالتحامية التى تخلف شفاء الروبية الزهرية شبيهة بالاثر الالتحامية للاكتيما الزهرية

ثم ان الامراض الجلدية الزهرية التى سبق ذكرها عبارة عن تغيرات

تهيجية التهابيـة واما اللوبس الزهـرى فينشاعن نمو تولدات جـديدة مخصوصة زهرية وتلاشيها وهذه التولدات الجديدة تظهر على شكل تعقدات تعـرف بالدرن الزهـرى ولا تظهـر فى الجلد فقط بل انها تظهـر ايضا فى الاعضاء المختلفـة والدرن الزهـرى الذى سماه المعـلم ورچوف بالاورام الصمغية ولوكانت ذات قوام كثيف يابس وكانت حافظة لهـذا القوام مدة وجودها وسماه المعلم واجنر بالاورام الزهرية العقدية ليس له ادنى ارتباط بالدرن الحقيقى وعـد الشهير ورچوف هـذه الاورام الصمغيـة من الاورام الحبيبيـة اعـنى من الاورام التى لا تحتوى عـلى جوهر ضام ولو عنـد تمام نموها بل ولا تحتوى عـلى جوهـر مشابه لذلك فانها متـكونة من جزيئات او عناصر فى حالة الاستحالة ونهاية وجودها الطبيعى هو الفساد والتـلاشى أعنى اللين والتقرح والدرن الزهرى يكون متـكونا من اجتماع خلايا عديدة صـغيرة ذات نوايات عظيـمة ويوجـد منتشرا فى جوهر الاعضاء والعـقد الزهرية الحديثة تكون ذات لون سنجابى رخوة القوام متخللة بسائل مخاطى قليـل وعنـد استمرار هـذه العقد مدة من الزمن يؤول حالها اما الى اللين والتقرح او الى استحالة جبنية تامة

والمجلس الغالب للدرن الجلدى الزهرى هو الوجه سيما الجبهـة (وحينئذ يعرف بالتاج الزهرى) وفى قسم الـكتف وفى الجهـة المقدمة من الاطراف العليا والسفلى وهـذه التعقدات تـكون اما سـطحية الوضـع او غائرة وعادة ما كان منها سطحيا يكون صـغير الحجم وعظيما ما كان منها غائرا ويشاهد عنـد تكونها فى الجلد اورام صـغيرة سهلة الحركة مؤلمة قليـلا عند الضغط عليها ثم يحمر الجلد الكائن أعلاها شيأ فشيأ ويرتفع على هيئة عقد نصف كرية محمرة داكنة فيكون لها بعض مشابهة بالدمل وقد لا ينثقب و ينفجر الجلد المغطى لهـذه الاورام بل يمتص متحصلها فينتقع ويبهت سطحها شيأ فشـيأ ثم تهبط فيحصل الالتحام بدون أن ينشاء عن ذلك تقرح واما ان انفجر الورم فانه ينسكب اسفل الطبقة البشرية سائل مصلى عكر يجف هو والطبقة البشرية ويستحيل الى قشرة يابسة ويمتد التقرح اسفل منها فى العمق شـيأ فشيأ وكثيرا ما يكون جملة تعقدات درنيـة زهرية مغطاة بقشرة واحدة سميكة والقروح الناشـئة

عن هذه التعقدات امان تكتسب الشكل المستدير للاورام الناشئة عنها اوانها وهو الغالب تكتسب شكلا شبيها بنعل الفرس اوشكل الكلية مثل القروح الناشئة عن الروبية الزهرية وذلك بان يمتد التقرح فى احدى حوافيها مع طرو الالتحام فى حافتها الاخرى عقب تكون ازرار لحمية فيها والتئامها والاثر الالتحامية الناشئة عن شفاء الاوبس الزهرى تبقى ذات لون احمر مسمر زمنا طويلا بحيث ثم تكتسب بعد انطفاء المرض انطفاء تاما لونا مبيضا بالكلية

والشعر يسقط غالبا عند المصابين بالداء الزهرى وهذا يعتبر نوع ضمور فى البصيلات الشعرية ان لم تكن فروة الراس مجلسا لطفحات جلدية لكن بصيلات الشعر لا تفقد بالكلية بحيث ان الشعر قد يتولد ثانيا عقب انطفاء الداء الزهرى واما الطفحات الجلدية الزهرية التى تصيب فروة الراس فانها تحدث غالبا فسادا تاما فى بصيلات الشعر وتؤدى لحصول الصلع

وكذا الاظافر يعتريها تغيرات عند المصابين بالداء الزهرى وذلك عقب اصابة أم الظفر فبعد ارتشاحها كما يحصل احيانا فى البسريازس الزهرى يتغير الظفر هو وشكله ويصير مشققا وامان حصل تقرح فى أم الظفر المعروف بالتهاب الظفر الزهرى فلا بد من سقوطه

(خامسا الاصابات الزهرية للاغشية)
(المخاطية)

الاغشية المخاطية كثيرا ماتكون مجلسا للاصابات الزهرية فانها أكثر مصابا بهذا الداء بعد الجلد لكن لا تصاب جميع اجزاء الغشاء المخاطى بنسبة واحدة فاكثر مايصاب منها الغشاء المخاطى المغشى لتجويف الفم والحلق والانف والحنجرة ويعقب ذلك فى الكثرة الغشاء المخاطى للمستقيم واخف اشكال الاصابات الزهرية للاغشية المخاطية واسرعها حصولا الالتهاب النزلى الزهرى وليس من السهل فى كل حالة اراعنسة تمييز الالتهاب النزلى الزهرى عن غيره من الالتهابات النزلية غير الزهرية فان كلا من دكنة اللون للجزء المريض وتحديده عن الاجزاء السليمة وتلون الطبقة البشرية بلون لبنى

عكر وان كان يظن منه وجود الداء الزهرى لكن ليس واصفا فى حد ذاته ولذا يرتكن فى غالب الاحوال الى معرفة تاريخ المرض وسببه حتى تعلم حقيقة التشخيص كما وانه يرتكن فى ذلك الى وجود اصابات زهرية اخرى سيما انتفاخ العقد اللينفاوية ووجود طفح بقعى او حلمى وايضا الى استعصاء الالتهاب النزلى عن الشفاء بواسطة المعالجة الغير النوعية وزواله بسرعة عقب استعمال معالجة زهرية

ومن جملة الامراض الكثيرة الحصول والسريعة للداء الزهرى هى الحلمات الزهرية فى الغشاء المخاطى وانتهاؤها اما بتكوين الدرن والتسلخ او التقرح وكيفية حصول ذلك هو ان جزأ من الغشاء المخاطى يرتفع عن باقى اجزاء هذا الغشاء على شكل حبة العدس ويكون ذا مقاومة واحمرار زائد عن باقى اجزاء الغشاء المخاطى فان لم يحصل تحلل فى هذه الحلمات المخاطية بواسطة المعالجة اللائقة صارت الطبقة البشرية المغطية لهذه الحلمات السطحية متعكرة واكتسبت هيئة لبنية او صدفية وعند انفصال هذه الطبقة البشرية الكثيفة يخلف ذلك تسلخ ناصع الاحمرار سهل الادماء ويستحيل هذا التسلخ اما الى قرحة ذات قاع غير مستو سنجابى مبيض عقب تلاش جزئى او يستحيل الى لطخ مخاطية عقب تزايد فى النمو وتكون الالياف الحاوية تعرف باللطخ المخاطية وقد سبق شرح كل من الحلمات المخاطية والقروح او اللطخ الناتجة عنها المصيبة للغشاء المخاطى الفمى والحلقى والحنجرى

واما الاصابات الزهرية للغشاء المخاطى للمستقيم فمن النادر مشاهدتها والقروح الزهرية المستقيمية المخلفة عن الحلمات المخاطية لها مشابهة عظيمة بالقروح الدوسنطارية وكذا ندبها الالتحامية يشابه بعضها بعضا لكن يمكن التمييز بين هذين النوعين من القروح باعتبار المجلس ومحل وجود الندب الالتحامية فان القروح الزهرية توجد عادة فى الجزء السفلى من المستقيم بقرب الشرج واما القروح الدوسنطارية فانها توجد فى التعريج السينى واما الاورام الصمغية للاغشية المخاطية فانها ذات صفات مشابهة لصفة التولدات الصمغية فى الجلد وتحصل بكيفية مشابهة لها ايضا وهو انه يتكون فى جوهر الغشاء المخاطى عقد صغيرة الحجم مثل الخردقة

تزداد شيأ فشيأ فترتفع على سطح الغشاء المخاطى فان لم يحصل امتصاص فى هذه التولدات الصغيرة الصمغية بواسطة المعالجة اللائقة حصل لينها او انفجرت الطبقة البشرية واستحالت الى قرحة والتولدات الصمغية الزهرية يمكن ان ينشأ عنها تأكلات ممتدة فى الانف والحلق والبلعوم والحنجرة ولا يندر ان يمتد التأكل الى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى والسمحاق والغضاريف بل والعظام وعند شفائها كثيرا ما تحصل تضايقات ندبية

(سادسا الالتهاب القزحى الزهرى)

التهاب القزحية والمشيمة يعد أيضا من الاضطرابات الغذائية التى لا يندر ظهورها بتأثير السم الزهرى فان هذا الالتهاب كثيرا ما يضاعف الطفحات الجلدية الزهرية ثم ان الاوصاف الخاصة النوعية التى بها يتميز الالتهاب القزحى الزهرى عن غير الزهرى لا سيما انجذاب الحدقة الى الاعلى والانسية ينكرها مشاهير المؤلفين المشتغلين بعلم الرمد ويوجد زيادة عن الالتهاب القزحى الزهرى البسيط التهاب قزحى زهرى ذو تولدات صمغية ونحيل شرح هذا المرض الاخير واعراضه الخاصة به الى كتب الرمد

(سابعا الاصابات الزهرية للعظام)
(والسمحاق)

العرض الكثير الحصول فى الداء الزهرى هو الآلام الشديدة التى تظهر على سير العظام بدون تغيرات مادية مدركة وهذه الآلام تكون فى الابتداء متنقلة ثم تصير فيما بعد حادة وقاصرة على بعض العظام سيما ما كان منها سطحيا تحت الجلد كالقصبة وعظام الجمجمة وهذه الآلام تزداد بالضغط عادة وتنحط فى أثناء النهار وتشتد اشتدادا عظيما فى اثناء الليل وهذه الآلام العظمية يظهر انها تنشأ عن تغير مرضى خفيف فى السمحاق يزول بسرعة وهو عبارة عن احتقان وأوذيما التهابية خفيفة فى هذا الغشاء والتوتر العظيم الذى يعترى السمحاق من اقل ارتشاح يوجد به بسهولة شدة الآلام لا سيما وان هذا الغشاء شديد التوتر طبيعة

وفى الاحوال الثقيلة من الداء الزهرى المزمن تتكون انتفاخات فى بعض العظام وذلك حال ارتقاء الآلام الى درجة عظيمة سيما مدة الليل وهذه

الانتفاخات العظيمة تسمى بالتولدات الصمغية ان كانت رخوة عجينية وبالتولدات العظمية ان كانت شديدة الصلابة وتوجد هذه الاورام كغيرها من الامراض العظمية الزهرية فى قصبة الساق وعظام الجمجمة والقص وغيرها من العظام التى تحت الجلد مباشرة والتولدات الصمغية سميت بذلك نظرا للسائل اللزج الذى يسيل منها عند شقها وتتكون من خلايات ونوايات ومنسوج ضام قليل جدا وسائل غزير لزج متراكم بين الخلايا وبعضها وهى حينئذ بالنسبة لتاليف جوهرها تشابه التولدات الصمغية الجلدية الزهرية الرخوة الحديثة وهذه التولدات الصمغية يمكن ان يصغر حجمها وتزول بالكلية وذلك عقب امتصاص السائل والعناصر الخلائية بعد مكابدتها للاستحالة الشحمية وقد يتكون فيها صديد فى بعض الاحوال فتستحيل الى خراجات تنفتح من ذاتها او بالصناعة وينسكب متحصلها نحو الخارج

واما التولدات العظمية فهى وان كانت ذات صلابة عظيمة من ابتداء تكونها بحيث يزعم الطبيب غير المتمرن انها انتفاخات عظمية حقيقية عبارة عن تيبسات حديثة محدودة فى السمحاق ناشئة عن نضح التهابى فيه والالتهاب السمحاقى الذى ينشا عنه تلك التيبسات له ميل قليل للتقيح وكثيرا ما يمكن تحلل هذه التولدات العظمية الصلبة بالمعالجة اللائقة المستمرة المتبادر فى اجرائها وعند استمرار هذه التولدات العظمية زمنا طويلا يصير السمحاق مجلسا لتكون عظمى فتستحيل الى اورام عظمية حقيقة وحينئذ لايتاتى تحللها وزوالها ويوجد زيادة عن هذه الاورام العظمية الناشئة فى الحقيقة عن تولد عظمى فى السمحاق اورام عظمية اخرى ناشئة حقيقة عن غو التهابى فى العظام نفسها ثم ان كلا من التولدات العظمية الصلبة والاورام العظمية الحقيقية يمكن أن ينشأ عنها بضغطها على الاعضاء المجاورة آلام عصبية وفقد فى الاحساس والحركة بل وان كان مجلسها السطح الباطن من الجمجمة يمكن أن ينشأ عنها ظواهر مرضيه دماغيه ثقيلة

وأما التسوس والتنكرز الزهريان فانهما يكونان فى بعض الاحوال نتيجة الالتهاب السمحاقى التقيحى فان الصديد المتكون بين السمحاق والعظام

بفصل القطع العظمية عن أوعيتها المغذية وقد ينشأن فى أحوال أخرى عن قروح فى الاجزاء الرخوة تغور الى الباطن وتعرى السمحاق والعظام وفى احوال خلاف السابق ذكرها الايصاب السمحاق ابتداء فيكون كل من التسوس والتنكرز العظميين نتيجة التهاب عظمى (بسيط اوذى تولدات صمغية) ناشئ عن التسمم الزهرى ولا نتعرض هنا لكون تعرى العظام عن سمحاقها والتهابها يؤديان احيانا لتقرح العظام اعنى التنكرز وموت قطع عظمية صغيرة أو كبيرة فى احوال أخرى فان ذلك من تعلقات الجراحة العامة وان حصل فقد جوهر عظمى عقب التنكرز الزهرى فمن النادر ان يستعاض فقد الجوهر بتكون عظمى بل الغالب ان يبقى انبعاج فى محله أو ثقب ذو حواف ملساء ان كان قد حصل فيه تثقب ثم ان كلا من تسوس العظام وتنكرزها الزهرى يشاهدان عند المصابين بالداء الزهرى فى عظام الجمجمة والوجه أكثر من مشاهدتهما فى عظام الجذع والاطراف بدون ان تكون هذه العظام الاخيرة سيما القص والترقوة والقصبة مصانة عن الاصابة بهما والتهتكات العظمية العظيمة جدا الداء الزهرى تشاهد على الخصوص فى عظام الانف وسقف الحنك والغالب ان يتهتك ابتداء الحاجز العظمى للانف والصفيحة العامودية من العظم المصفوى بحيث يحصل استطراق بين طاقتى الانف بواسطة فتحة متفاوتة العظم ثم يتهتك حاجز الانف بتمامه فيما بعد وكذا القرينات وجدر خلايا العظم المصفوى وجدر الجيوب الفكية العليا والعظام الانفية والظفرية فيفقد الانف شكله و ينخسف خلف ارنبته وحينئذ تبرز الى الاعلا والامام وان حصل التهتك فى قاع تجويف الانف وسطحه السفلى فالغالب ان يحصل تثقب فى سقف الحنك وبذلك يحصل استطراق بين تجويف الانف والفم فيشاهد حينئذ نفوذ المطعومات والسوائل من الفم الى الانف فى اثناء المضغ او الازدراد

وأما ان حصل تسوس الانف وتنكرزه الزهرى بان عقب امتداد القروح الظاهرة للغشاء المخاطى فى الغور وتهتك السمحاق فالغالب ان يوجد عند المرضى مدة طويلة من الزمن سيلان انفى صديدى منتن قد يكون مدمما يختلط به فيما بعد قطع عظمية صغيرة مسودة وكثيرا ما يتثقب حاجز الانف

فى مثل هذه الاحوال بدون مشاهدة تغير واضح فى الجلد المغطى لقصبة الانف وجناحه وأما ان كان تهتك العظام مسبوقا بالتهاب سمحاقى زهرى فانه يشاهد ابتداء فى الجلد الظاهر من الانف انتفاخا وذيماوى فى احدى صفحتى الوجه وقد ينثقب جلد الوجه والاجزاء الرخوة بواسطة الصديد والقطع العظمية المنفصلة فيخلف ذلك قروح ناصورية فى ظاهر الانف ثم ان التقرح الزهرى للانف المعروف بنتن الانف الزهرى قد يحدث تهتكا تاما فى عظام الانف فيتكون عن ذلك تجويف بشع الهيئة والمنظر

ويشاهد زيادة عن تسوس العظام وتنكرزها فى الداء الزهرى العتيق مرض عظمى ثالث مفسد للعظام وأول من شرح هذا المرض العظمى مع الدقة المعلم برنس وأما الشهير ورچوف فانه اول من نبه على كثرة تعلقه بالسم الزهرى وعرف المعلم الاول هذا النوع المخصوص من ضمور العظام الذى سماه بالضمور العظمى المركزى بانه عبارة عن تحلل اولين مركزى فى جوهر العظم يبتدى من السطح الباطن للقنوات والخلايا النخاعية مع انتفاخ واحمرار فى المنسوج النخاعى المار فى باطنها ولا يكون هذا التحلل مصحوبا بتكون صديدى وبذلك تتسع التجاويف النخاعية عقب تلاشى جدرها فتتكون تجاويف غير منتظمة والقطع العظمية التى اعتراها هذا التغير تكتسب الهيئة الاسفنجية للعظام المتسوسة بحيث ان تلك العظام عند تعطينها لا يمكن التمييز بكونها اعتراها التسوس العظمى او الضمور المركزى للعظام وان ابتدأ الضمور العظمى المركزى فى السطح الظاهر من عظام الجمجمة اكتسب هذا السطح ابتداء هيئة خشنة متآكلة مشرزمة كما يحصل ذلك فى التسوس السطحى ثم يأخذ فقد الجوهر فى الغور شيأ فشيأ بحيث يؤدى الى تثقب الجمجمة فى بعض الاصفار والسطح الباطن من السمحاق الجمجمى الباطنى يكون فى جميع امتداد الاصابة محمرا منتفخا دمويا والنخاع المتخلل بالاجزاء العظمية المصابة يكون مستحيلا الى مادة محمرة كثيرة الوعائية ملتصقة بالسمحاق الباطنى التصاقا متينا ولا يوجد ادنى اثر من افراز صديدى والجوهر العظمى السليم المحدد للاجزاء المريضة والمحيط بها قد لا يعتريه ادنى تغير أو انه يتكون جوهر

عظمى جديد حول الجزء المريض فيحيط به كما انه قد يتكون جوهر عظمى جديد ممتد عند اصابة السطح الظاهر من الجمجمة وقد يتكون ذلك ايضا عند اصابة السطح الباطن من تجويف الجمجمة ثم ان شرح الضمور العظمى المركزى تبعا للمعلم برنس مطابق بالكلية للشرح الذى ذكره المعلم ورچوف على التغير المرضى للعظام الذى سماه بالتسوس الجاف وبالضمور الالتهابى للقشرة العظمية عند المصابين بالداء الزهرى بحيث لا يشك فى ان كلا من هذين المؤلفين شرح بذلك حالة مرضية واحدة

﴿ثامنا فى الالتهاب الخصيى الزهرى﴾

﴿او القيلة الزهرية او ورم الخصية الزهرى﴾

قد ينشأ عن التسمم الزهرى التهاب فى الخصية يتميز عن باقى اشكال التهاب هذا العضو ببعض صفات مخصوصة سيما بجلسه وسيره البطئ والالتهاب يبتدى عادة بالطبقة البيضا الخاصة بالخصية وامتدادا تها ويؤدى الى تولد التهابى من اخلية ومنسوج خلوى حديثين على السطح الباطن من الطبقة الخاصة لهذا العضو وبين القنوات المنوية وبضغط هذه التولدات الخلوية الحديثة التى تنكمش فيما بعد وتكتسب صلابة عظيمة يتلاشى جوهر الخصية الخاص ويوجد زيادة عن هذا الشكل البسيط من التهاب الخصية الزهرى شكل ثان يتصف بتكون تعقدات يابسة جافة صفراء مبيضة زيادة عن التولدات الخلوية الجديدة للطبقة الخاصة بالخصية وقد سمى المعلم ورچوف الشكل الاول بالتهاب الخصية الزهرى البسيط والثانى بالتهاب الخصية ذى التولدات الصمغية فعلى حسب رأيه يكون الشكل الاول عبارة عن الورم الزهرى المنتشر والثانى عبارة عن الورم الزهرى ذى التعقدات الصمغية

واعراض القيلة الزهرية هى تزايد تدريجى بطئ فى حجم احدى الخصيتين يكون اما عديم الالم او مصحوبا بالام ناخسة تظهر زمنا فزمنا وتصير الخصية اذ ذاك صلبة جدا وتفقد شكلها المنتظم وقد يبلغ حجمها قبضة اليد وليس من النادر ان يتضاعف ورم الخصية بارتشاح مصلى فى الطبقة الغمدية وفى بعض احوال قد تمتد الاصابة المرضية من احدى الخصيتين بعد تقدمها الى

الخصية الاخرى

﴿تاسعا فى الاصابات الزهرية للمنسوج الخلوى﴾

﴿والعضلات والاحشاء لاسيما الدماغ﴾

يشاهد كذلك فى هذا المرض اورام تتكوّن فى المنسوج الخلوى تحت الجلد والغشا المخاطى وبين العضلات ولهذه الاورام اوصاف تطابق التولدات الدرنية الزهرية التى سماها المعلم ورجوف بالاورام الصمغية الزهرية وهذه الاورام قد تزول وتتحلل فى بعض الاحوال بالمعالجة اللايقة وقد يؤول حالها فى الاحوال الاخرى للتقيح فيتكوّن عنها اما خراجات اوقروح مستعصية وكذا العضلات سيما عضلات الاطراف السفلى والعنق والقفا قد تكون محلا للاضطرابات غذائية وقد ميز المعلم ورجوف شكلين من الالتهاب العضلى الزهرى وهما الشكل البسيط والصمغى

أما الشكل الاول فهو عبارة عن تولد وغوفى الجوهر الخلاى يعقبه تكوّن جوهر خلوى ندبى مع تلاش وضمور فى الالياف العضلية الاصلية واما الشكل الثانى ففيه تتكوّن فى العضلات اورام صمغية ذات حجم عظيم وهذه الاورام عند شقها تظهر على هيئة تراكمات ذات لون ابيض محمرا وابيض مسمر وذات حزوز غير واضحة وبالبحث بالمكرسكوب يتضح وجود تحببات كثيرة دقيقة خلوية فى الجوهر الخلوى بين العضلات مع استحالة شحمية سريعة بها تزول الخلايا الطبيعية ولا يبقى منه الا خلايا حبيبية دقيقة شحمية لا نسيج لها وقد يشاهد مثل هذه الموادفى الجوهر العضلى للقلب فليس من البعيد للعقل ان بعض الاستحالات الندبية الجزئية للجوهر العضلى من القلب تكون ناشئة عن التهاب عضلى خفى فى جوهره اوعن التهاب عضلى زهرى

وأما الاصابة الزهرية للاحشاء الباطنة فقد سبق الكلام على الالتهاب الكبدى الزهرى منها

وقد شاهد المعلم وجنر وغيره من المؤلفين اصابات مرضية فى غير هذا العضو من الاحشاء كالطحال والكليتين والبنكرياس وتلك التغيرات مطابقة بالكلية لما يشاهد فى الكبد وهى اما عبارة عن ثخن فى الطبقة المغمدة لها

والخاصة بها اوعن تيبسات منتشرة في جوهرها اوعن تكونات عقدية محدودة فيها كما وان المعلم تورش قد تحقق له وجود الاصابة الزهرية في الرئتين على شكل تيبسات عقدية ذات مقاومة عظيمة ولون مبيض اومسود عقب تراكمات بجمنتية مسودة فيها ومع ذلك فالحكم على الاصابة الرئوية بكونها زهرية اوغير زهرية أمر عسر للغاية بل متعذر

واما الاصابات الزهرية الدماغية فهي اما عبارة عن التهابات سحائية مزمنة تعتري الام الجافية اما في سطحها الظاهر او الباطن او تعتري الام الحنونة او العنكبوتية وتكون هذه الالتهابات اما محدودة او منتشرة وينتج عنها احيانا شلل في بعض الاعصاب الدماغية واما عبارة عن اصابات زهرية على شكل بوران وهذه الاخيرة كانت تعتبر سابقا بالخطاء بانها خراجات متكاثرة اودرن مخين وقد تبتدئ بالعظام وتؤثر على الاعضا العصبية المركزية بطريق الضغط اوامتدادا تهيج

ثم انه يتضح من تعدد الاصابات الزهرية في المنسوجات والاعضاء المختلفة ان مجلس الاصابة الزهرية متنوع جدا زيادة عما كان يظن في السابق وان ما قرره المعلم وجنر من ان الورم الزهري اى التولدات الصمغية يصيب جميع المنسوجات والاعضاء والوعائية امر حقيقي

(سير الداء الزهري على العموم)

من الغريب كون انتشار السم الزهري في البنية ينشأ عنه زمنا فزمنا اعراض واضحة في ازمنة أخرى مع عدم وجود شئ من العلامات الدالة على انتشار هذا السم في البنية سوى انتفاخ العقد اللينفاوية وفي الغالب يمضي بعد شفاء القرحة الزهرية الاولية اقله بعض اسابيع قبل ان تظهر اللطخ العريضة

والطفحات الجلدية الزهرية وغيرها من علامات انتشار السم الزهري تزول ثم بعد زوالها يحدث غالبا زمن خال عن الظواهر المرضية الى ان تطرأ ظواهر مرضية اخرى بها تضطرب الحالة الصحية الظاهرية وهذه الترددات أو النكسات التي تتعاقب في اثناء سير هذا المرض جملة مرات غالبا لم يمكن توجيهها الى الآن توجيها شافيا ويختلف الزمن الذي يمضي بين شفاء الاصابة الزهرية الاولية وبين ابتداء اتضاح الظواهر الزهرية الثانوية كما يختلف

الزمن الكائن بين نكسات تلك الظواهر وبعضها وذلك باختلاف الاصول المرضية والشخصية ومعظم اسباب هذه الاختلافات والمؤثرات التي ينتج عنها قصر في حالة كون هذا المرض اوطوله غير معلوم لنا ومع ذلك فمن الظاهر انه في احوال جودة البنية والمعيشة الجيدة تطرأ الظواهر الثانوية بسرعة وتتردد كذلك دون الاحوال المغايرة لها وزيادة قصر مدة كون هذا المرض اوطولها يتعلق بالمعالجة التي صار اجراؤها ولقد قرر المعلم ابريسير ونحن تبعناه على تجاربه العديدة ان الحالة الكامنة للداء الزهري لا تستمر جملة أشهر فضلا عن جملة سنين متى كانت المعالجة التي صار اجراؤها غير زيبقية بل من حصول الظواهر الزهرية الثانوية ونكساتها غاية ما هنالك انها تتم بعد ست اسابيع عقب شفاء القرحة الزهرية اليابسة الاولية وزوال الظواهر الزهرية الثانوية التي صارت معالجتها اخيرا ويجزم باعتبار كل مريض عولج معالجة غير زيبقية ولم تتردد عليه نكسة الداء الزهري بعد معالجته بثلاثة أشهر انه شفي ولابد شفاء تاما فان كانت هذه الامور حقيقة وتأيدت بالمشاهدات كانت أحوال كون هذا الداء التي استمرت مع التحقيق من عشر سنين الى عشرين متعلقة بالمعالجة الزيبقية بلا شك غير ان حالة الكمون ذات المدة المستطيلة جدا كما ذكرنا يعد من النوادر على كل حال كما يعد كذلك اتضاح الظواهر الثانوية الزهرية وظهورها قبل شفاء القرحة الزهرية الاولية الموجودة من منذ زمن قليل بل في الغالب تتضح الظواهر الزهرية الثانوية وتظهر بعد شفاء الاصابة الزهرية الاولية بثمانية اسابيع او أربعة أشهر وكذا في النكسات او الترددات المتعاقبة للظواهر الزهرية الثانوية تكون في الغالب ايضا متباعدة عن بعضها

ثم ان تعاقب اعراض انتشار السم الزهري واجتماعها مع بعضها تتبع بالتقريب قاعدة منتظمة وهي أنه متى أصيب شخص بقرحة زهرية يابسة وشفي منها فالغالب ان يظهر عنده بعد بعض اسابيع أو اشهر لطخ زهرية عريضة وتتضح عنده الذبحة الحلقية الزهرية ويكون مصانا عن الاصابة بالروبيا الزهرية او اللوبس الزهري أو الاصابات العظمية الزهرية والعكس بالعكس اى انه متى وجد عند شخص نكسات في الظواهر الزهرية الثانوية كاللطخ

العريضة والوردية الزهرية ونحو ذلك تظهر عنده الروبية واللوبس الزهريان وقد سميت الاضطرابات الغذائية الثانوية الزهرية التي تظهر في الادوار الابتدائية من انتشار السم الزهري بالظواهر والاصابات الزهرية الثانوية واما التي تظهر عقب التسمم الزهري بزمن طويل وتصاحب بعضها فتسمى بالاصابات الثلاثية الزهرية ويعد من الاصابات الثنائية الزهرية عادة كل من الخيرجلات غير المؤلمة (اى انتفاخ العقد الينفاوية غير المؤلم) واللطخ العريضة وجميع الطفحات الجلدية الزهرية ماعدا الروبيا واللوبس والقروح السطحية فى الاغشية المخاطية والالتهاب القرحى كما يعد من الاصابات الثلاثية كل من الروبيا واللوبس وامراض العظام والاورام الصمغية للنسيج الخلوى تحت الجلد والغشاء المخاطى والمنسوج الخلوى الضام فى الاعضاء الحشوية والاصابات الزهرية فى العضلات والاعضاء الحشوية الباطنة وان قارنا كلا من هاتين الاصابتين مع بعضهما وجدنا ان الاصابات الثنائية قليلة الخبث والثقل بمعنى انها ليست ذات صفات مفسدة كالاصابات الثلاثية وانها تكون فى الغالب قاصرة على الاعضاء السطحية كالجلد والاغشية المخاطية بخلاف الاصابات الثلاثية فانها تصيب الاعضاء الغايرة الرئيسة وتقسيم الاصابات الزهرية الى ثنائية وثلاثية جيد كذلك من حيثية المعالجة بقطع النظر عن صفاتها المرضية الباتلوجية الخاصة بكل من هذين القسمين غير ان الحد الفاصل بين الاشكال الثنائية والثلاثية يعسر علينا اثباته كما ان المجادلات العلمية بالنسبة لجعل اشكال متوسطة بين كل من الاصابات الثنائية والثلاثية كالورم الخصي الزهرى الذى لا يعد من جملة الاعراض الاولية للتسمم الزهرى ويسبق اللوبس الزهرى والاصابات العظمية الزهرية لا يتحصل منه على طايل ولا فائدة علمية

وقد تحصل الافات الزهرية الثقيلة فى العظام فى أحوال نادرة بعد انتشار السم الزهرى بقليل ومذهب الاطباء المضاد للمعالجة الزيبقية ينسب حصول الاصابات الزهرية الثلاثية بسرعة للمعالجة المذكورة بل زيادة عن ذلك يزعم ان استعمال المركبات الزيبقية هو السبب فى ظهور الاصابات الزهرية الثلاثية بناء على أن المركبات الزيبقية تحدث ازديادا عظيما وارتقاء فى تاثير

السم الزهرى فى البنية ويقول أيضا ان الداء الزهرى لايصيب العظام متى لم يعالج بالمعالجة الزيبقية وكل من هذين القولين وان كان غير حقيقى وفيه مبالغة الا ان كلا منهما لم يخل عن الحقيقة نوعا فان الداء الزهرى ان لم يكن قد انطفى وحصل منه اضعاف البنية ونهوكتها بواسطة استعمال المركبات الزيبقية استعمالا مفرطا غير جيد فالغالب ان تنشأ اشكال ثقيلة خبيثة كاللوبس واصابات العظام أكثرها فى الاحوال التى فيها يكون الداء الزهرى مصيبا الشخص لم يحصل فى بنيته ضعف ولا نهوكة بل يكاد يظهر ان خبث الافات الزهرية وارتقاءها فى كل نكسة وطر وها فى الاحوال التى فيها لم تكن استعملت مركبات زيبقية مبنى كذلك على نهوكة البنية وضعفها الناتج من تردد النكسات السابقة وأقل ما هنالك انه يشاهد العكس عند الاشخاص الاقويا الجيدى البنية فانه ان لم يكن قد انطفى الداء الزهرى عندهم تكون النكسات ولابد أخف من التى قبلها

ثم ان المرضى المصابين بالداء الزهرى لا تظهر عندهم اضطرابات بنيية عامة سواء كانت ظواهر حمية خفيفة (اعنى حمى طفحية) تسبق ظواهر العوارض الثنائية وتصاحبها بحيث ان هؤلاء المرضى يتحملون الانتشار الزهرى زمنا طويلا بدون ان يحصل عندهم اضطراب بنيى واضح او حصلت عندهم نكسات متعددة وكان نومهم مضطربا بواسطة الالام العظمية واضمحلت قواهم بواسطة التقيحات المستطيلة ولا سيما متى حصل عندهم ضعف فى البنية بواسطة المعالجة الزيبقية الشديدة فانهم يقعون فى حالة نهوكة عمومية فيشاهد عندهم ما يسمى بالكاشكسيا الزهرية اعنى سوء القنية الزهرى وهذه التسمية غير صواب فان انتشار السم الزهرى لا يؤدى الى سوء القنية بكيفية لا واسطية بل يؤدى بها بكيفية واسطية اعنى بواسطة اضطراب التغذية العام الناشئ من جهة عن التسمم الزهرى ومن جهة اخرى عن الطرق العلاجية المستعملة ولذا ان سوء القنية الزهرى ليس له صفات مخصوصة يتميز بها عن غيرها من النهوكة غير الزهرية كما وان الاستحالات المرضية الشحمية او الشوية للكبد والطحال والكليتين وغيرها من الاعضاء الباطنة التى كثيرا ما تصاحب سوء القنية

الزهرى لاتختص بفساد الاخلاط الزهرى بل تشاهد كذلك فى أثناء سير التقيحات العظمية المستطيلة غير الزهرية وفى أثناء الكاشكسيا الاجامية والخنازيرية والراشيتسية ونحو ذلك

﴿المعالجة﴾

معالجة كل من التيبس الزهرى الابتدائى والقرحة الزهرية الاولية ينبغى أن تكون موجهة نحو الاصابة البنية العامة فان كلا من هاتين الظاهرتين الاوليتين ليس الا عرضا من اعراض التسمم البنى العام

وأما المعالجة الموضعية القاطعة فلا يمكن اجراؤها الا فى أحوال الجماع الدنس الذى يعقبه تسلخ واضح لكننا فى مثل هذه الاحوال ان احدثنا فسادا فى الجزء المتسلخ بالوسايط الكاوية لا نعلم ان كان عدم ظهور التيبس الزهرى وباقى اعراض الداء الزهرى ناتجة عن المعالجة القاطعة أم لا فانه لا يوجد عندنا علامات مميزة بين التسلخ الزهرى المتسمم وغير المتسمم وأما افساد الجزء المتصلب المتيبس بواسطة الكاويات او استئصاله بآلة فلا فائدة فيه بالكلية فانه يتكون فى الغالب عقب ذلك تيبس زهرى أخر فى احدى حوافى الجزء المنفسد او المستأصل وأما القرحة الزهرية الاولية فينبغى معالجتها طبقا لما ذكرناه فى معالجة الشنكر زيادة عن المعالجة العمومية فيجتهد ابتداء فى النظافة وتستعمل تارة غيارات بسوائل ملطفة وتارة أخرى بسوائل منبهة مع مس الجزء المتقرح مساسطحيا بالحجر الجهنمى او يذر عليه قليل من الراسب الاحمر

و يعالج كل من التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية الاولية من الباطن بواسطة المركبات الزيبقية مالم توجد أمور مخالفة لذلك ونحن وان علمنا ان كلا من التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية الاولية يزول و يشفى بدون معالجة زيبقية وان المعالجة الزيبقية لا تمنع مع التأكيد من ظهور الاعراض الزهرية الثانوية الا ان الامر الحقيقى الثابت من أن شفاء القرحة الزهرية الاولية والتيبس الزهرى يحصل بسرعة بواسطة المعالجة الزيبقية دون غيرها وان العوارض الثانوية تحصل بندرة وان ظهرت يتأخر ظهورها بالمعالجة الزيبقية دون غيرها يكفينا بانفراده فى تفضيل المعالجة

الزيبقية عن غيرها وزيادة عن ذلك فان الاستعمال الجيد مع الاحتراس للمركبات الزيبقية يندر أن يؤدي لعوارض مكدرة كما قرره المذهب المضاد للمعالجة الزيبقية وقد كنت في ابتداء أشغالي بالطب العملي في السنة الاولى لا استعمل المعالجة الزيبقية في الاصابات الزهرية لكنني التزمت في السنة الثانية باستعمال المركبات الزيبقيه في معالجة كل من التبيس الزهري الابتدائي وفي أغلب الاصابات الزهرية الثنائية وعدد المرضى التي عالجتها بهذه الكيفية وان كان لا يمكن قياسه ومقارنته لعدد المرضى التي تعالج في مرستان عظيم الا انه كاف لي في اثبات المبالغة التي قيلت في حق المعالجة الزيبقية ونتائجها المكدرة فان اغلب المرضى التي عالجتها في الداء الزهري بالمعالجة الزيبقية بقيت في البلدة التي انا قاطن فيها تحت نظري وكنت طبيبا لعائلاتهم في منازلهم بعد زواجهم ولم تتحقق لي النتايج المكدرة للمعالجة الزيبقية لا فيهم ولا في ذريتهم كما ذكره وبالغ فيه بعض الاطباء المشتغلين بهذا المرض في المارستانات فقط ولم يلاحظوا امراضاهم بعد خروجهم من المارستان لغيابهم عنهم فالمشاهدة المستمرة من منذ سنين عديدة مع الملاحظة لعدد عظيم من الاشخاص التي عولجت بالمعالجة الزيبقية الصائبة مع الاحتراس الزمني ان اكون من ضمن الاطباء المستعملين للمعالجة الزيبقية وانتقالي من صف الاطباء المضادين لاستعمالها

وليس من خواص موضوعنا هنا تعداد جميع الطرق العلاجية الزيبقية المشهورة ولا التعرض لكيفية اجراء كل منها بغاية الدقة مع ذكر الحبوب التي يلزم تعاطيها في كل يوم وكيفية الارتقاء بعدد تعاطيها او النزول به فاننا نعلم ان جميع الطرق العلاجية المضبوطة ضبطا كليا صناعيا ليست غير جيدة وغير ضرورية فقط بل خطرة فانها تلجئ الاطباء غير المتمرنين الطايشي الذهن على معالجة جميع المرضى بكيفية واحدة وقد دلت التجارب على ان تأثير الزيبق في الداء الزهري ليس متعلقا بشكل هذا الجوهر الدوائي أي بان كان اعطاؤه على شكل تحت اوكسيدا او كسيدا او ملح او المركبات اليودورية او الكلورورية كما ان تأثيره في هذا الداء غير متعلق بالطريقة التي يعطى منها والذي يؤثر منها على الدم بان كان تعاطيه من طريق القناة الهضمية او الجلد

فالقاعدة

فالقاعدة العامة عند اعطاء المركبات الزيبقية هو ان يراعى زيادة عن تأثيرها المضاد للداء الزهرى عدم ضررها الغشاء المخاطى للقناة الهضمية او تجنبه بالكلية وذلك اما بكوننا ننتخب مركبا زيبقيا خفيف التأثير على القناة الهضمية وغير محدث لضرر عظيم على غشائها المخاطى او بكوننا نوصل الزيبق الى الدم من طريق الجلد ومتى اعتبرنا ان التأثير المضر الذى يحدثه كل من تعاطى الزيبق الحلو ويودور الزيبق وغيره من المركبات الزيبقية على الغشاء المخاطى المعوى عظيم للغاية التزمنا بالاقرار بان اعادة استعمال الطريقة العلاجية الزيبقية بالدلك على الجلد من الامور المهمة فى تقدم معالجة الداء الزهرى لكن حيث اننا نعلم ان التأثير المضر للمركبات الزيبقية قليل ووقتى فلا يمكننا أن ننضم الى الاطباء الذين بالغوا فى مدح اعادة المعالجة الزيبقية بالدلك على الجلد مبالغة عظيمة واعتقدوا ان ذلك من المفاخر العظمى التى تعود عليهم ومع ذلك فليس القصد من هذا القول بان الدلك بالمرهم السجابى على الجلد ليس من الطرق غير الجيدة وغير النافعة فى معالجة الداء الزهرى بل اننا نلتجئ لاستعمالها بكثرة فى الطب العملى فان هذه الطريقة يمكن ان ينتج عنها من المنفعة مثل ما ينتج عن جميع الطرق العلاجية الزيبقية ولا نعلم لها ضررا سوى انها تحدث التلعب احيانا بكيفية سريعة وكثيرة الشدة زيادة عن غيرها من الطرق العلاجية الزيبقية ونتبع فى استعمال هذه الطريقة ما قرره الشهير سيجموند (فانه لا ينتج عنها الضرر العظيم مثل المعالجة الزيبقية بالدلك التى قررها كل من المعلم لوفر بيه وروست) لكننا لا نتبع ما قرره الشهير سيجموند من كل وجه بالنسبة لاجراء طريقة الدلك الزيبقى انما نستعمل الدلك كل يوم بعد استعمال حمام فاتر او حمامين بقدر جرام من المرهم الزيبقى الى اثنين او بقدر ٤ جرامات (عن درهما) والعادة انه يدلك به فى اول يوم من الجهة الباطنة من الساقين وفى ثانى يوم من الجهة الباطنة من الفخذين وفى ثالث يوم من الجهة الانسية من العضدين وفى اليوم الرابع على الظهر وفى اليوم الخامس على انسى الساقين من جديد وليس من الضرورى بالكلية اتباع هذا الترتيب فى الدلك على هذه الاجزاء

و يفعل الدلك بواسطة المرضى نفسها في الاجزاء التي يمكن وصولها اليها وتفعل من خدماء المرضى في غيرها من الاجزاء ومدة الدلك تكون من عشر دقائق الى ربع ساعة وقبل تكرار الدلك على جزء من هذه الاجزاء مرة ثانية ينبغي غسل الاجزاء التي دلكت قبل ذلك بالماء مع الصابون وقاعة المرضى لا ينبغي ان تزيد حرارتها عن اربعة عشر الى ستة عشر روميرمع تجديد هوائها كل يوم ولا مانع من تجديد ملابسهم واما ضم الطريقة العلاجية بالحمية القاسية الى الطريقة العلاجية بالدلك بالمرهم الزيبقي فليس واجبا بل مضرا ومتى اتضحت العلامات الابتدائية للتلعب الزيبقي فينبغي أيقاف الدلك مع تنظيف الجلد من المرهم المتشبث به بواسطة حمام فاتر اوغسله غسلا جيدا بالماء مع الصابون وان حصل وقوف في شفاء القرحة الزهرية اوتحلل التيبس الزهري بعد زوال التلعب أولم يتقدم تحسين الظواهر الثنائية فيما اذا كانت المعالجة مستعملة ضد الظواهر الثنائية الزهرية وجب تكرار الدلك اذ بذلك يكاد يتم الشفاء

والقاعدة العامة في ايقاف المعالجة عند ظهور التلعب لا تتبع فيما اذا كانت المعالجة الزيبقية بواسطة الدلك او بواسطة الحقن تحت الجلد فقط بل تتبع ايضا مهما كان نوع المعالجة الزيبقية وذلك لاننا نعتبر ان ظهور التلعب علامة جيدة دالة على امتصاص كمية كافية من الزيبق ودخولها في الجسم ومهما كان الدلك بالزيبق على شكل مرهم او كان دخوله في القناة الهضمية على شكل مركب فلابد وان يمتص جزء من المقدار المستعمل والجزء الآخر اماان يبقى على الجلد او يندفع مع المواد البرازية حتى وان كان من المعلوم لنا بالدقة عظم كمية الزيبق التي ينبغي ادخالها في الدم لاجل شفاء آفة زهرية شفاء تاما فلابد واننا لانعلم ما مقدار المرهم الذي ينبغي الدلك به ولا مقدار الزيبق الحلو ولا يودور الزيبق ولا السليماني الذي ينبغي استعماله من الباطن حتى يحصل على الغاية المطلوبة فالتلعب وان كان ليس امرا دالا على كمية الزيبق الممتص الا انه لابدوان يدلنا دلالة أكيدة على دخول كمية من الزيبق في الجسم كافية في احداث تأثير جيد على البنية بتمامها وقد ترتب على كون التأثير الجيد للمركبات الزيبقية المبين بالتلعب يعقب

بنتيجة ثانية وهى ابتداء شفاء الاضطرابات الغذائية الزهرية باعتبار هذا التلعب خطا وانه بحران جيد وهذا الاعتبار يقول به كثير من الاطباء سيما الاقدمين فان اعتبرناه حينئذ طبقا لما سبق بيانه ان ظهور التلعب عند استعمال طريقة علاجية زيبقية علامة جيدة (كمدد الحدقة عند معالجة الصرع بالاتروبين) دالة على ادخال كمية كافية من الزيبق فى الجسم لاتضح لنا ان طروء التلعب بسرعة عند استعمال اى طريقة علاجية زيبقية ليس دالا على ضررها بل على منفعتها انما يعتبر من الضرر العظيم عدم ايقافها وقطع استعمالها قبل ان يصل هذا التلعب الى درجة عظيمة فان التلعب ليس له خواص شافية وينبغى معالجته بالمعالجة الاتية متى ظهر بواسطة كلورات البوتاسا محلولا (درهم منه على ست اواق اعنى ٤ جرام على ١٨٠ من الماء ويعطى من ذلك ملء ملعقة كل كل ساعتين او باعطاء هذا الجوهر المذكور على شكل اقراص) والامر المعلوم المضر من انه عند استعمال طريقة الدلك الزيبقى لا يمكن معرفة مقدار الزيبق الذى دخل فى الجسم عند الدلك بالمرهم الزيبقى على الجلد قد زال من منذ استعمال الحقن تحت الجلد بواسطة محلول السليمانى فانه بهذه الطريقة التى ساوت طريقة المعالجة الزيبقية بالدلك بل فاقت عنها يمكن معرفة مقدار الزيبق الذى دخل فى الجسم بكيفية اتم حتى ان طريقة استعمال المركبات الزيبقية بالحقن تحت الجلد بها يمكن صون المعدة والقناة المعوية مثل صونهما فى طريقة المعالجة بالدلك الزيبقى وانا نعترف اننا فى الابتداء لم نكن نقبل الحقن تحت الجلد بواسطة محلول سليمانى ولم نعترف بمنفعته ولم نتبع استعماله الا بعد ان اوصى به كثير من مشاهير الاطباء فاننا كنا نخشى من ان الآلام التى يمكن ان تنتج عن الحقن تحت الجلد بواسطة محلول السليمانى والتهاب الجلد وتنكرزه

تنكرزجزئيا ليست بنسبة المنفعة التى تترتب على استعمال هذه الطريقة وقد دلتنا التجارب على خلاف ذلك فان الآلام التى تحصل من استعمال الحقن تحت الجلد قليلة مطاقة قصيرة المدة مادام المحلول مخففا تخفيفا كافيا كما وانه يمكن تجنب حصول التهابات الجلد وتنكرزه بواسطة تخفيف السائل ايضا ويظهر ان امتصاص السليمانى بالحقن تحت الجلد

سريع جدا كامتصاص المورفين عند الحقن به تحت الجلد وبعبارة اخرى منافع هذه الطريقة تفوق بالكلية عن عوارضها بحيث ان كل طبيب اشتغل فى الزمن الاخير بمعالجة الداء الزهرى بواسطة الحقن تحت الجلد يعترف ان الطبيب (ليفين) الذى ادخل هذه الطريقة فى معالجة الداء الزهرى استحق بلاشك زيادة الفضل والمدح وكنا نستعمل سابقا فى الاكلينك الحقنة البسيطة السهلة الثمن (للعلم ليتر) التى تقبل نحو الاثنى عشرة قمحة اعنى (٧٢ سنتجرام) من السائل وكنا نحقن بها مقدار اثنى عشرة نقطة من المحلول السليمانى المركب من قمحة على درهم من السائل اعنى (٦ سنتجرام) على ٤ جرام من الماء ثم استعملنا بنجاح الحقن مرة او مرتين كل يوم بمحلول مركب من قمحة من السليمانى على نصف اوقية من الماء المقطر اعنى (٦ سنتجرام) من السليمانى على ١٥ جرام من الماء المقطر ونحقن هذا السائل بواسطة حقن بيكريت التى تسع نصف درهم من السائل اعنى ٢ جرام فيكون مقدار السليمانى المحقون فى كل مرة $\frac{1}{8}$ من قمحة اعنى (٧٥) ملليجرام اى فى محلول اخف من المحلول السابق اربع مرات وقد اتضح لنا جودة استعمال الحقن بالسليمانى تحت الجلد فى الاكلينك الخاص بنا بقصر العينى مرات عديدة لاسيما فى الاصابات الزهرية الدماغية وكنا نستعمل هذا الجوهر محلولا بالكيفية الآتية وهو ان يحل واحد دسى جرام من السليمانى فى عشرة جرامات من الماء او فى جرامين ونصف من الجليسرين وسبعة ونصف من الماء وكنا نحقن بهذا المحلول فى صغرين نصف حقنة يعنى ٥ دسى جرام من المحلول فيها ٥ ملليجرام من السليمانى وبهذه الكيفية تكون العوارض الموضعية للحقن تحت الجلد بالسليمانى قليلة

والجوهر الذى نستعمله من الباطن فى اغلب الاحوال عند وجود التيبس الزهرى او القرحة الزهرية الاولية هو الزيبق الحلو فان هذا الجوهر الدوائى لابد وان تأثيره المضر على القناة الهضمية غير عظيم وغير مستمر دون باقى المركبات الزيبقية سيما اذا كان استعماله من الباطن بمقدار لطيف مناسب ولو كان تأثيره بخلاف ذلك مع كثرة استعماله فى الطب العملى عند الاطفال وغيرهم لشاهدنا منه ضررا عظيما عند كثير من

الاشخاص

الاشخاص وما علينا الان تنبه على كثرة استعمال كل من مسحوق بلومير في الارماد الخنازيرية وغيرها من الآفات الخنازيرية ايضا واستعمال المقادير الصغيرة من الزيبق الحلو في معالجة اسهال الاطفال والمقادير العظيمة منه المستمرة التعاطى الى ان يحصل التلعب في الذبحة الغشائية الخنجرية والالتهاب البليوراوى وغيره من الآفات الالتهابية لم يزل مستمرا الى وقتنا هذا بل كان من قبل بعشر سنين او عشرين اكثر انتشارا وقد دلت التجارب العديدة على ان كثيرا من الاشخاص الذين يستعملون الزيبق الحلو مدة قصيرة او طويلة من الزمن ولو لم يكونوا مصابين بالداء الزهرى لا يحصل لهم ادنى ضرر بالنسبة لهضمهم ولا لصحتهم العامة بل تبقى صحتهم كما كانت قبل استعمال هذا الجوهر الدوائى وقلة استعمال الزيبق الحلو في الامراض الزهرية في بلاد المانيا وقلة شهرته فيها بانه مضاد للداء الزهرى وتفضيل استعمال السليما نى الاكال في هذا الداء عند كثير من الاطباء سواء في الاصابات الاولية او الثانوية انما نتج عن الاعتراضين الآتيين وهما كثرة حصول الاسهال الذى يحدثه الزيبق الحلو وسرعة احداثه للتلعب غير ان هذين الاعتراضين يمكن رفضهما بسهولة وهو ان الاسهال الذى يحصل في ابتداء المعالجة الزهرية بالزيبق الحلو لا يستدعى انقطاع المعالجة (بقطع النظر عن كونه يزول من ذاته في الاسبوع الاول) كما اتضح لنا ذلك من المشاهدات العديدة وانه مع حصول الاسهال فظهور التلعب بسرعة يدلنا دلالة أكيدة على ان الزيبق الحلو لم ينقذف الى الخارج بتمامه بل انه امتص منه مقدار كاف في المعاء ووصل الى الدم واما الاعتراض الثانى فترفضه بان ظهور التلعب بسرعة من الامور التى يترتب عليها تفضيل استعمال الزيبق الحلو لسهولة تأثيره لا رفضه ونعترف انه في الاحوال التى بها يتأخر طرو التلعب وظهوره عقب وجود استعدادات شخصية زيادة عن الزمن الذى ينتظر طروؤه فيه أو عدم ظهوره بالكلية يوقعنا ذلك في المخاطرة بادخال كمية عظيمة من الزيبق في الجسم فانه ليس عندنا أمر آخر نرتكن اليه في قطع استعمال المركبات الزيبقية سوى ظهور التلعب ويعطى للبالغين من هذا الجوهر الدوائى مقدار قمحة على مرتين او قمحة ونصف على ثلاث

مرات و يكرر ذلك ثلاث مرات فى النهار وعند استعمال هذا الجوهر الدوائى مسحوقا يلف بورق البرشام وذلك لاجل منع تأثيره على الغشاء المخاطى الفمى مباشرة لكن العادة ان يعطى الزيبق الحلو على شكل حبوب وذلك بمزجه بمسحوق العرقسوس وخلاصته ويصنع حبوب منه تشتمل كل حبة على نصف قمحة

و يفضل بعد استعمال الزيبق الحلو فى الداء الزهرى يودور الزيبق الاصفر ولا نعرف وجه تفضيل هذا الجوهر الدوائى على الزيبق الحلو عند بعضهم فاننا نشاهد حصول مغص شديد فى البطن عقب استعماله استعمالا مستمرا وهذا المغص لا يشاهد مطلقا عند حصول الاسهال الناتج عن استعمال الزيبق الحلو ولذا يضم اليه الشهير ريكور الذى اوجبت شهرته الى تفضيل هذا الجوهر الدوائى عن غيره من المركبات الزيبقية واستعماله المسكنات المستعملة بكثرة وتصنع بالكيفية الآتية الحبوب المسماة باسمه بان يؤخذ من يودور الزيبق الاصفر درهم ونصف اعنى ٦ جرام ومن خلاصة الافيون المائية ٩ قمحات اعنى ٥٠ سنتيجرام ومن خلاصة خشب الانبياء المائية درهم واحد اعنى ٤ جرام يمزج جميعها ويعمل ٣٦ حبة وقد استعمل ابتداء ريكور من هذه الحبوب واحدة او اثنتين فى اليوم ولكون استعمال هذه الحبوب ينتج عنه آلام شديدة فى البطن ولو مع اضافة الافيون اليها قد ترك استعمال يودور الزيبق من منذ زمن طويل

﴿تنبيه﴾ العادة عندنا فى استعمال يودور الزيبق الاصفر هى اعطاء حبوب ريكور المركبة بالكيفية الآتية وهى ان يؤخذ من

يودور الزيبق الاصفر

خلاصة الافيون المائية	١٥	سنتيجرام
خلاصة خشب الانبيا	٥٠	جرام

يمزج ذلك ويصنع منه ٤٠ حبة تغلف و يعطى منها كل يوم من حبتين الى ثلاثة او تعطى هذه الحبوب المركبة على حسب طريقة سيجموند وهى

يودور الزيبق الاصفر

افيون نقي من كل ٤٥ سنتجرام
خلاصة خشب الانبيا
مسحوق العرقسوس من كل كمية كافية
يمزج ذلك ويصنع منه ٣٠ حبة ويعطى منها كل يوم من حبتين في الابتداء ثم ازيد فيما بعد

ومن الجواهر الزئبقية المستعملة ايضا في الداء الزهري السليماني الاكال فنذكره هنا مع الاختصار فاننا ولو لم نكن نرغب في استعماله ولا نعد ممن [illegible] هذا الجوهر الدوائي لم يزل اكثر استعمالا في معالجة الداء الزهري عند اغلب الاطباء والخواص الحكاوية للسليماني الاكال تمنع من استعماله بكمية عظيمة ولا تمنع الزيادة التدريجية في مقادير هذا الجوهر عند اعطائه من الباطن [illegible] فان [illegible] هذا الجوهر تدريجا لاجل [illegible] على تاثيره بحيث لم يحتمل مقدار [illegible] وزيادة عن [illegible] هذا الجوهر [illegible] من [illegible] [illegible]

[illegible] ويفضل السليماني عن غيره من المركبات [illegible] كثيرا من [illegible] بالداء الزهري [illegible]

[illegible]

[illegible] ٢ سنتجرام

الى ٤ ويعطى ذلك على اربع مرات

﴿وهاهى الحبوب المستعملة على طريقة زوند﴾

ثانى كلورور الزئبق ١٠ س ح أعنى ٩ سنتى جرام

لب الخبز لذلك

يعمل ٩ حبات ويعطى من ذلك فى الابتداء حبة واحدة ثم يرتقى فى استعمالها فى كل يوم أو اثنين او ثلاثة الى ان يصل الى استعمال التسع حبات كل يوم

﴿واما الحبوب المستعملة على طريقة ايبرفين﴾

ثانى كلورور الزئبق ٣ سنتى جرام او ٤ عنى من ثلاثة الى ثلاثة ارباع

مسحوق العرقسوس وخلاصته لذلك يعمل من ذلك أربع حبات تعطى على أربع مرات فى النهار ويستمر على ذلك بدون ارتقاء بشرط ان يكون تعاطيها والمعدة محتوية على مطعومات

ولاجل تجنب التأثير الكاوى السليمانى على المعدة قد فضل بعضهم اعطاء هذا الجوهر على شكل زلال السليمانى أعنى مزج زلال البيض مع السليمانى وهو المركب الذى يتكون عقب ادخال السليمانى فى المعدة وملامسته للغشاء المخاطى المعدى وفى الحقيقة دلت التجارب على ان بهذه الكيفية يمكن اعطاء السليمانى من الباطن بمقادير ... ولو فضلنا استعمال السليمانى الآكال على غيره من المركبات الزئبقية لاستعملناه بهذه الكيفية والشهير برنس بروخ يعطى زلال السليمانى بالكيفية الآتية وهى ان يؤخذ من

ثانى كلورور الزئبق ١ دسى جرام أعنى قمحتين ٣

زلال بيضة واحدة

ماء مقطر مقدار ١٨٠ جرام

كلورهيدرات النوشادر ٤ جرام أعنى درهم واحد

يمزج ذلك جيدا ويعطى من هذا المخلوط كل ساعتين ملعقة أكل ولاجل التأثير الشفائى يتبع فى اعطاء المركبات الزئبقية بالباطن ينبغى ان

يكون

يكون موافقا لحالة المريض ومن الباطل استعمال الحمية القطعية بدون الجوع المفرط بل توجد أحوال ينبغي فيها استعمال التغذية المقوية كما ذكرناه عندالكلام على التسكري القرحة الزهرية والرخوة وأما استعمال المعرقات هنا بعض المغليات كالعشبة كما هو العادة الجارية والالزوم لها وفي اثناء استعمال هذه المعالجة القوية التأثير ينبغي صون المرضى عن جميع المؤثرات المضرة وذلك بعدم تعرضهم للهواء وتنظيم معيشتهم مع الدقة فمن الواجب حفظ المستعملين للمعالجة الزئبقية في أودهم مدة الشتاء وعيادتهم في كل يوم

وحيث قد ذكرنا الكلام على التيبس الزهري الاولى والقرحة الزهرية سابقا وان كان يشفى بدون معالجة زئبقية غيران كلا منهما بدونها يبطئ شفاؤه على انه اذا استعملت تلك المعالجة الزئبقية وانه بدونها يسرع حصول الظواهر الزهرية الثانوية فعين ذلك يقال بالنسبة لطرق المعالجة الأخرى كطريقة المعالجة بالحمية القاسية مع المعالجة بالمسهلات المحية في آن واحد وكذا مطبوخ (زيتمن) وغيره من المطبوخات المركبة التي يقصد بها التأثير على الجلد والكليتين والمعاء وتنبيههما مع الحمية القاسية في آن واحد فاننا باستعمال هذه الطرق العلاجية استعمالا قويا واحداث تناقص عظيم في حالة التغذية العامة للجسم بواسطة مطبوخ (زيتمن) مثلا البسيط او المركب يمكننا ولابد احداث سرعة عظيمة في شفاء الاصابات الزهرية الاولية لكن كثيرا ما نرى انه برجوع القوى للمريض بعد الجوع مدة أحد عشر يوما أو اثنين وعشرين يوما وزوال العرق والاسهال تبتدئ الظواهر الزهرية الثانوية في الظهور حالا واما استعمال المركبات اليودية في الاصابات الزهرية الاولية فلا ثمرة فيها لكنه ممدوح بكثير من الاطباء المشتغلين بالطب العمومي في القرى او المدن الصغيرة والذين يندر معالجتهم للداء الزهري وعندهم رعب عظيم من استعمال المركبات الزئبقية

والاصابات الثلاثية للداء الزهري ينبغي معالجتها مع غاية الدقة والاحتراس فان الخطاء في المعالجة في مثل هذه الاحوال يترتب عليه ضرر عظيم جدا زيادة عما يشاهد في غير هذا المرض والمعالجة

الزئبقية لها نجاح عظيم أيضا في هذه الاصابات الزهرية فانه لا ينتج عن استعمالها تحسين تلك الاعراض فقط وشفاؤها بل ينتج عنها في كثير من الاحوال شفاء تام في المرض الاصلي المبني لكن اذا استعملت المعالجة الزئبقية في الاحوال الغير لائقة فيها او تكرار استعمالها بغير دقة واحتراس فانها لا تطفئ الداء الزهري بل تكسبه شكلا خبيثا جدا بحيث تصاب العظام وتنفسد ... استحالات مزمنة في الاحشاء باطنة بل ويمكن ان تهدد حياة المريض فاننا لم نشاهد في العصر المستجد الاشكال الثقيلة الخبيثة من الداء الزهري وتشكلاته الهائلة كما كان يشاهد ذلك في العصر السابق فما ذلك الا من عدم استعمال طريقة الدلك الزئبقي على حسب الطريقة القديمة الخطرة وغيرها من الطرق العلاجية الزئبقية الرديئة ومن كون استعمال المركبات الزئبقية في عصرنا هذا صار بغاية الاحتراس والدقة ودلالات استعمال المعالجة الزئبقية في الداء الزهري صار تاسيسها على القول الآتي وهو ان الاصابات الزهرية الثانية تستدعي استعمال المركبات الزئبقية بخلاف الاصابات الزهرية الثلاثية فانها تستدعي استعمال المركبات اليودية وهذا القول وان كان غير اكيد لا يخلو عن الحقيقة فان الاصابات الزهرية التي تعد حقيقة من الظواهر الزهرية الثانية تستدعي في غالب الاحوال استعمال المركبات الزئبقية والاصابات الزهرية التي تعد حقيقة من الظواهر الزهرية الثلاثية لا تستدعي استعمالها غير انه يضاف الى القول السابق ولا بد ان الاصابات الزهرية الثانية في تكرر رجوعها تبرا بالمركبات الزئبقية بدون نجاح تام فانها لا تستدعي تكرار استعمال المعالجة المذكورة ومما ذكرناه في سير الداء الزهري تتضح القواعد التي ينبغي اتباعها والتمسك بها في معالجة هذا الداء فان القاعدة العامة المتمسك بها عادة وان كانت حقيقية فليست اكيدة ولا بد في من اصيب بخدش بلطخ مريضة او بطفح جلدي زهري او بغيرها من علامات الداء الزهري الثانوي وكان تداعتراه من منذ زمن كثير الطول او قليله بيبس زهري اولي او قرحة زهرية يابسة أولية فلا ينبغي التأخر في اجراء معالجة زئبقية سواء كان قد استعمل معالجة زئبقية في الاصابة الاولى أم لا وذلك بان يستعمل الحقن تحت الجلد

بواسطة محلول السليمانى كما تقدم ذكره او محلول بپتونات السليمانى وهو الممدوح فى العصر المتجدد او بان يعطى الزئبق الحلو من الباطن او الدلك بالمراهم الزئبقية ولا يستثنى من ذلك الا حالتان الاولى أن تكون الحالة العامة للمريض مضطربة اضطرابا عظيما او واقعة فى ضعف عظيم اما بسبب الآفة الزهرية او بسبب استعمال معالجة زيبقية سابقة استعملت ضد الاصابة الاولية

الثانية شكل الاصابة الزهرية الذى يمنع من استعمال ذلك كالاصابات الزهرية العظمية والبوسية مثلا ففيهما الحالتان المستثنيتان النادرتان اللتان تمنعان من استعمال معالجة زيبقية عند ابتداء ظهور علامات التسمم الزهرى البنى فانه يكاد يكون اكيدا ان الداء الزهرى ان لم يشف بالمعالجة الزيبقية فى مثل هاتين الحالتين لابد وان يكتسب صفة خبيثة للغاية

وأما نجاح المعالجة الزيبقية فى استئصال الداء الزهرى فمحقق للغاية ما لم يحصل فى الرئة تخرب من قبل كما تقدم ذكره فكل من الاطفح العريضة والطفحات الجلدية والتهابات الحلقية الزهرية يزول بسرعة عظيمة جدا عقب استعمال المعالجة الزيبقية بل هناك احوال عديدة فيها لا يحصل شفاء العوارض الزهرية المذكورة بالمعالجة الزيبقية فقط بل يشفى الداء الزهرى بهذه المعالجة شفاء تاما ومع ذلك توجد احوال أخرى فيها لا يشفى هذا الداء شفاء تاما بواسطة هذه المعالجة ويطفى بالكلية بل يصير كامنا فقط وفى مثل هذه الاحوال تظهر اعراض اخرى للداء الزهرى بعد زوال الظواهر الثانوية اعنى تحصل فيها نكسات تحتاج على اختلافها المعالجات مختلفة فان كانت هذه النكسات عبارة عن اضطرابات غذائية ضعيفة او طفح بقعة سطحية على اللسان او بثور خفيفة على فروة الرأس وكانت جميعها ابسط من الظواهر الزهرية الثانوية السابقة عليها فلا جود فى مثل هذه الاحوال لعدم استعمال معالجة زئبقية فان الداء الزهرى لا ينطفى بغتة على الدوام بل الغالب ان يكون انطفاؤه مع التدريج ببطء ونحن نتعلم فى هذا الانطفاء التدريجى البطئ مادامت النكسات المتجددة اكثر خفة وجودة عن التى سبقت عليها واستعمال طرق علاجية زيبقية فى الاحوال المذكورة اخيرا وان ذكرنا انه لافائدة فيه نوصى بملاحظة مثل هؤلاء المرضى مع الدقة التامة باستعمال

تدبير غذاءى لطيف وحفظهم من جميع الموثرات المضرة حتى تزول العلامات الاخيرة من الداء الزهرى ومن الجيد عند مثل هؤلاء المرضى اتباع الطريقة العلاجية بالحيقا لقاسية بل واستعمال مطبوخ المعلم زيتمن فان المعالجة بهذه الكيفية وان كان لا ينتج عنها عند ارتقاء الداء الزهرى الى اشد درجته الامنفعة وقتية فقط يظهر انها تسرع فى الشفاء التام لهذا المرض عند ما يكون اخذا فى الانطفاء واما ان ظهر من النكسات ان المرض لم يكتسب سيرا جيدا بل كانت الاضطرابات الغذائية الجديدة قوية او اقوى من التى سبقت عليها او كانت من ضمن الظواهر الثنائية للداء الزهرى أيضا ولم يكن قد اعترى بنية المريض ضعف واضح فلا مانع من استعمال المركبات الزئبقية ثانيا بل وقد يكون استعمالها بكيفية اقوى واشد من المعالجة الزيبقية التى سبق اجراؤها وذلك فيما اذا ظهرت قروح زهرية فى الحلق وامتدت بسرعة واصطحبت بالتهاب حنجرى مثلا فيؤمر فى مثل هذه الاحوال باستعمال الدلك بالمرهم الزيبقى بمقدار درهم اى اربعة جرام او يعطى مقدار عظيم من الزيبق الحلو كما فى طريقة واينهلد وذلك بان يعطى كل يوم والثانى او كل يوم قدر ١٠ قمحات من الزيبق الحلو مرتين فى النهار وعندنا تجارب عديدة يضارب بها ما ذكره من الاعتراض كثير من الاطباء فى حق هذه الطريقة العلاجية بالقول بانها غير جيدة وانها تعتبر بمجرد طريقة علاجية مسهلة و نه لا ينتج عنها تلعب وليس لها تأثير جيد على سير الداء الزهرى وشفاء الاصابات الزهرية فان تجاربنا العديدة تؤيد نجاح هذه الطريقة

وأما ان كانت نكسات الداء الزهرى من الاصابات الزهرية الثلاثية أو من الاصابات التى تعد بين الثنائية والثلاثية وكانت بنية المريض قد اعتراها ضعف اما بواسطة الداء الزهرى او بواسطة استعمال المركبات الزئبقية فلا ينبغى استعمال المعالجة الزيبقية بالكلية بل انها مضرة جدا فى هذه الاحوال ولذا لا نستعمل الزئبق ولو عند وجود احد الادوار السابق ذكرها اعنى شكل النكسة الزهرية او ضعف البنية ونظن انه بهذا الاحتراس يمكننا تجنب مضار المعالجة الزئبقية بالكلية

وأما دلالات استعمال المركبات اليودية فى الاصابات الزهرية فلا حاجة

لطول الكلام عليها فانها تستعمل مع غاية النجاح فى جميع الاحوال التى فيها يتعشم بانطفاء الداء الزهرى انطفاء ذاتيا سريعا وفى جميع الاحوال التى فيها لا ينبغى استعمال المركبات الزئبقية تبعا لما بيناه سابقا ومتى اقتصر فى استعمال المركبات اليودية على الاحوال المذكورة واستعملت فيها مع غاية الاقدام والاستمرار والانتظام كما ذكرناه فى استعمال الطرق العلاجية الزئبقية اتضح لنا ان منفعة اليود فى الداء الزهرى لا تتأخر عن منفعة الزئبق بل تضاهيها فى القوة والجودة والمركب اليودى المستعمل بكثرة فى الداء الزهرى هو يودور البوتاسيوم والغالب استعمال هذا الجوهر الدوائى محلولا بقدر ستة دسيجرام الى جرامين فى كل يوم واستعمل بعض الاطبا مقادير اعظم من ذلك كما ان بعضهم اضاف الى هذا المحلول قمحة او اثنتين من اليود نفسه بقصد تقوية فعله لكن الذى يظهر ان ذلك لا يزيد الفعل الجيد ليودور البوتاسيوم وكذا يودور الحديد له منفعة عظمى طبقا لتجاربنا ولو قال بخلاف ذلك برنسبرنج ولا سيما تظهر فائدته العظمى فى الاحوال المصحوبة بالانيميا واضعف العادة استعمال هذا الجوهر الدوائى على هيئة شراب بان يؤخذ من شراب يودور الحديد ٧ جرام اعنى درهمين شراب بسيط ٦٠ جرام اعنى اوقيتين ويعطى من ذلك بعد مزجه ملعقة شاى كل ساعتين وهذا المركب جيد المنفعة فى الاحوال المذكورة اخيرا وقد شاهدنا من تأثيره حصول التهابات نزلية يودية وطفحات يودية جلدية ايضا وظهور مثل هذه الاعراض عند استعمال الطرق العلاجية اليودية يابه [illegible] كظهور التعب عند استعمال الطرق العلاجية الزئبقية لقطع المعالجة

والمعالجة اليودية ينبغى ان لا تصحب بوضع المريض فى حمية قاسية وذلك بالنسبة لحالته العامة التى استوجبت استعمال هذه الطريقة لا طريقة نفسها بل ينبغى ان يؤمر باستعمال أغذية قوية ويسمح له باستعمال مشروبات روحية مقوية كالانبذة والبوزة ان سمحت الحالة بذلك بل وعند وجود حالة ضعف عظيمة لا مانع من ان يضم الى استعمال اليود والحديد استعمال المركبات الكينية او زيت كبد الحوت

اما المعالجة الموضعية للاصابات الزهرية الثانية والثلاثية فانها تنحصر غالبا في استيصال الدرن العريض المستطيل المدة فان هذه اللطخ وان حصل فيها صغر وجفاف في اثناء المعالجة الزيبقية الا انها قد لا تزول بالكلية وفي استعمال الاتروبين والاستفراغات الدموية المرضعية عند وجود التهاب قرحي وفي بعض أعمال جراحية يستدعي العمل لاجرائها عند وجود التهابات تقيحية او تسوس او تنكرز في العظام

وأما أغلب الاصابات الزهرية الثنائية والثلاثية فانها لا تستدعي معالجة موضعية

وأما تلقيح الداء الزهري الذي يقصد به اطفاء الاستعداد للاصابات وشفاء الداء الزهري البنيي فقد ترك الآن بالكلية فانه خال عن الثمرة والمنفعة بالكلية بل مضر للغاية ولا يستعمله الآن الا بعض الشبان بل غير المتمرنين من الاطباء التابعين لهذا المذهب وطريقة اجرائه هي ان يلقح للشخص المصاب بالداء الزهري البنيي بالسم الشنكري تلقيحا متكررا الى ان يصير التلقيح عديم المفعولية ويقطع النظر عن بعض الاشخاص الذين لقح لهم مائة مرة بل الف مرة بالسم الشنكري ولم يتحصلوا على صيانتهم من العدوى بالشنكر يشاهد شفاء مستمر في الافات الزهرية البنيية عند الاشخاص الذين وصلوا لدرجة بحيث لا يتأثرون من تلقيح السم الشنكري بل والاحوال التي حصل فيها شفا الاصابات الزهرية [illegible] فيها منهما بانكار [illegible] الشفاء الناتج عن التلقيح بالسم الشنكري [illegible]

﴿[illegible] الثاني في الداء الزهري الوراثي﴾

﴿[illegible] الظهور والاسباب﴾

لا تعرض هذه [illegible] الداء الزهري [illegible] الا [illegible] من [illegible]

[illegible]

[illegible] الزهرية [illegible] وعدوى الطفل

[illegible] الوضعة [illegible] الجم فا [illegible]

[illegible] هذا [illegible] ومن الد

الزهري [illegible] التي [illegible] عليه

هنا فيعني به اشكال الداء الزهري للمولودين جديدا الناشئة عن الداء الزهري البني للاب وقت الجماع أو الداء الزهري للام وقت العلوق وأصابته للجنين وليس من المعلوم لنا مع التأكيد كيفية انتقال الداء الزهري من الاب أو الام الى الجنين ولذا لا نتعرض الا الى ذكر الامور المهمة المعلومة من هذا الداء بدون ان نتعرض لتوجيهها

ومتى حصل العلوق عند امرأة مصابة بالداء الزهري الثانوي فالغالب ان يهلك الجنين بسرعة وينقذف اما بواسطة الاجهاض أو الولادة السريعة والتعفن الممتد لمثل هؤلاء الاجنة يمنعنا في مثل هذه الاحوال غالبا من التحقق بوجود أثر الداء الزهري في الجنين وكذا اذا حصل الحمل عند امرأة سليمة واعتراها الداء الزهري الثانوي في اثناء حملها فالغالب ان ينطرد الجنين المتعفن بواسطة الاجهاض أو الولادة وفي احوال أخرى قد يتم الحمل لكن الطفل يهلك قبل الولادة بزمن قليل أو في اثناء حصولها ويشاهد حينئذ على جسم الطفل المنهوك الداء الزهري أو انه لا يشاهد عنده شيء سوى النحافة العظيمة ويندر ان يولد الطفل حيا ويعيش زمنا كثير الطول أو قليله وفي مثل هذه الاحوال اما ان تظهر اعراض الداء الزهري بعد الولادة حالا أو ان الداء الزهري يبقى كامنا مدة من الزمن ولا تتضح اعراضه الا بعد جملة اسابيع أو أشهر وحيث ان الداء الزهري البني في الام له تأثير متلف جدا على حياة الجنين بحيث ان الاطفال المولودة من أمهات مصابات بالداء الزهري البني تهلك قبل الولادة او بعدها حالا فمن الواضح ان معظم احوال الداء الزهري الوراثي التي نحن بصددها ولها اهمية اكلينيكية وتحتاج لمعالجة طبية احوال تشاهد عند الاطفال المولودة من امهات مصابة بالداء الزهري البني وقت العلوق بها ومن الامور العجيبة المثبوتة مع التأكيد كون الداء الزهري ينتقل من الاب الى الطفل بدون ان يصيب الام الحاملة للطفل الزهري البني في رحمها والداء الزهري الوراثي المتخلف من الاب الزهري البني قد يتضح بعد الولادة حالا وتظهر اعراضه وفي احوال اخرى لا تتضح فيها الاضطرابات الغذائية الزهرية الواصفة الا فيما بعد

﴿الاعراض والسير﴾

أعراض الداء الزهري الوراثي هي عبارة عن اصابات زهرية في الجلد والاغشية المخاطية ومن النادر ان تصاب العظام وذلك في الاحوال التي فيها يسير هذا المرض سيرا يطيئا قبل امكان اطفائيه ولم تهلك الاطفال بسرعة والاحوال التي فيها تولد اطفال بعلامات الداء الزهري او تشاهد عندهم بعد الولادة بايام قليلة تكون في الغالب اكثر ثقلا وخطرا منه في الاحوال التي فيها يبقى هذا المرض كامنا مدة طويلة من الزمن بعد الولادة فالاحوال الاولى التي يتضح فيها هذا المرض عادة بمجرد طفح جلدي حويصلي او بثري مع زكام زهري احيانا قد داء بترت خطاء مدة طويلة من الزمن وكانت تشرح بانها بنفيجوس المولودين جديدا والطفح في مثل هذه الاحوال يبتدئ غالبا باخمص القدمين وراحة اليدين ثم يمتد الى الذراعين والساق ومنهما الى الجذع والى الوجه احيانا (وذلك يشاهد فيما اذا لم تولد الاطفال به) ويشاهد في الابتداء طفح من بقع مستديرة في حجم العدسة او الفولة ذات لون أحمر داكن وسخ وبعد استمرار هذه البقع مدة من الزمن تستحيل الى حويصلات صغيرة يتجمع سائل عكر فيها والحويصلات التي تكونت ابتداء تنفجر فتخلفها اصفار متسلخة رطبة ليس لها ميل للشفاء وفي اثناء ذلك تظهر حويصلات أخرى في أطراف أصابع اليدين والقدمين ولا يندر أن ينفصل بعض الاظفار والحويصلات التي تتكون فيما بعد تسير بالكيفية التي سارت بها الحويصلات الاولية وحيث ان تكون الحويصلات المذكورة يتجدد في كل يوم نرى ان الاطفال المريضة يتعرى جلدها عن البشرة في امتداد عظيم فتكون في حالة مكربة وقد تشاهد الحويصلات المذكورة في الفم والانف ومدة هذا المرض من ثمانية أيام الى أربعة عشر ويندر ان تمتد من ثلاثة أسابيع الى أربعة وينتهي دائما بالموت ومن المكدر بالنسبة للطبيب رؤية بعض الامهات الفطنات ملتفتة لحالة أولادهن ولنظافتهم وتغير جروحهم مع الاهتمام بلا فائدة بدون ان يعلمن ان هذا الامر ناشئ عن سوء سير أزواجهن في الشبوبية

والاحوال الثانية من الداء الزهري الوراثي هي التي يشاهد فيها هذا الداء

كامناجلةأسابيع بعد الولادة (فان الطفح الحويصلى لايتأخر حصوله عن الاسابيع الاول من الحياة مطلقا) ومثل هؤلاء الاطفال قد تولد فى حالة جيدة من التغذية العامة ولايمكن تمييزها عن اطفال غير زهرية البنية ثم يشاهد بعد أربعة عشر يوما من الولادة وفى أحوال أخرى بعد أربعة اسابيع أو ثمانية ان الاطفال تكون فى حالة قلق عظيم ونحافة ويصير لون جلدها وسخا والجلد يصير منتقعا جافا مشققا ولاسيما جلد راحة اليدين وأخمص القدمين فانه يتغطى بقشر رقيقة كغلالة البصل وعما قريب تتعذر الرضاعة وذلك بسبب انتفاخ الغشاء المخاطى الانفى وبالافراز الغزير فيه يحدث شخير وتخمخم مخصوص يدل دائما على الداء الزهرى الوراثى بحيث لايغتر الطبيب متى اعتبر هذا العرض هو والصفة الخاصة بالجلد فى تشخيص الداء الزهرى الوراثى ولو فقدت العلامات الاخرى وينضم فى غالب الاحوال لذلك طفح جلدى يبتدئ عادة من دائرة الاست ويمتد منه الى اعضاء التناسل والجهة العليا من الفخذين والعجان والعجز وقد يمتد هذا الطفح لاجزاء أخرى من الجسم سيما الوجه وهذا الطفح يظهر انتقالات تدريجية من الشكل النكتى الى الشكل الحويصلى ثم القشرى فالنكت الصغيرة المتفرقة التى حجمها كحجم العدسة او الفولة تكون مستديرة ذات لون نحاسى او اصفر محمر وتزول عند الضغط عليها بالاصبع وتكون اما مختلطة او مجتمعة وفى الابتداء تكون هذه النكت فى موازاة سطح الجلد ثم تعلو عليه بقليل لكنها لاتكون فى هذه الحالة الاخيرة محدبة بل تظهر مفرطحة كأنها منقطعة وعند تقدم سير هذا المرض توجد مغطاة اما بقشور او صفيحات بشرية رقيقة مرتبطة ببعضها يسهل نزعها وتستحيل هذه النكت فى الاصقاع التى تكون فيها ملامسة للبول او المواد البرازية الى تسلخات سطحية ومن الاعراض الملازمة للداء الزهرى الوراثى ظهور تشققات فى محال اتصال الجلد بالغشاء المخاطى لاسيما فى الفم والاست فيرى بوضوح ان الاطفال تخشى من حركة الشفتين المتشققة الدامية زواياها بحيث تخشى الرضاعة والضحك والبكاء وكذا التبرز يكون مصحوبا بآلام عظيمة بسبب التشققات العميقة المحيطة بالاست بحيث تتعنى الاطفال وتصيح عند كل مرة وقت

التبرز وينضم للتسلخات المذكورة الموجودة فى الاست لطخ عريضة بل وقد تظهر تقرحات فى الجفان وثنية الفخذين وغيرهما من اجزاء الجسم فى الاحوال المهمل فيها وتكون هذه القروح سطحية متسعة ذات شكل غير منتظم زاوى وينفرز من هذه القروح افراز قليل يستحيل الى قشور رقيقة جافة باختلاطه مع الدم وتلونه بلون أحمر مسمر

وقد أشرنا فيما تقدم الى انه من النادر جدا امتداد الداء الزهرى الوراثى الى العظام ومع ذلك فقد ذكرت أحوال فيها امتدت القروح السطحية للغشاء المخاطى الانفى فى الغور وادت لتهتكات عظيمة فى العظام الانفية وانخساف الانف فى السنة الاولى من الحياة وفى أحوال أخرى نادرة أيضا قد يختفى الداء الزهرى الوراثى فى سن الطفولية الاولى فلا يدرك أو يبقى كامنا عقب استعمال معالجته وحينئذ يتضح فى اثناء البلوغ باشكال خبيثة جدا كالاويس اوالاصابات العظمية الزهرية

وعند فعل الصفات التشريحية فى الاطفال التى هلكت من الداء الزهرى الوراثى اوولدت ميتة من أمهات زهرية البنية قد توجد فى الاحشاء الباطنة اضطرابات غذائية واضحة سيما فى الكبد والرئتين ويندر مشاهدتها فى الدماغ وهذه التغيرات تقتصر عادة فى الكبد على تيبس منتشر مستوفيه ويكون انتهاء للالتهاب الكبدى البسيط لا الصمغى وفى الرئة تشاهد تعقدات فى حجم الحمصة او الفندقة ذات مركز جبنى وهذه التعقدات سماها المعلم ورجوف بالتكبدات المبيضة وهى عبارة عن امتلاء الاخلية الرئوية بنضح غزير من مواد بشرية معتريها الاستحالة الشحمية وقد وجد المعلم شورت فى فى دماغ طفل هالك بالداء الزهرى الوراثى اورا ماهلامية فى حجم الفندقة مجلسها السطح السفلى من الفصوص المقدمة للدماغ وبالجملة فقد وجد فى بعض الاحوال خراجات فى التيموس المتمدد تمددا عظيما

﴿المعالجة﴾

لم تثمر الوسائط العلاجية الى وقتنا هذا فى الطفح الزهرى الحويصلى للمولودين جديدا وأما الشكل الثنائى من الداء الزهرى الذى سبق شرحه فيتحصل فيه بالمعالجة اللائقة على نتائج جيدة والطرق العلاجية المستعملة الممدوحة بكثر

هي استعمال مقادير صغيرة من الزيبق الحلو (بان يعطى منه صباحا ومساء من ١٠ و ٠ الى ٣ و ٠) أو أول يودور الزئبق بمقادير صغيره مناسبة لسن الطفل أو الدلك بالمرهم الزيبقى اما فى كل يوم او يوم بعد الثانى بقدر ٥ح الى ١٠ أعنى ٣ دسى جرام الى ٦ ولا ينتظر ظهور التلعب بل ينبغى قطع المعالجة متى ظهر تحسين عظيم فى الظواهر المرضية ويبتدئ فيها ثانيا متى حصل وقوف فى التحسين ومن المهم حفظ قوى الطفل باستعمال غذاء لطيف لكن ليس من الجيد اعطاء مثل هؤلاء الاطفال مراضع فانهن يكن عرضة لخطر الاصابة وقد دلت التجارب على ان الطفل المصاب بالداء الزهرى الوراثى يندر ان يعدى أمه ويعدى بسهولة مرضعته وهذا يوجه بكون أم مثل هؤلاء الاطفال تكون ذات بنية زهرية وحينئذ تكون مصانة عن عدوى جديدة وقد تقدم مثل ذلك وقد فضل جوهرد استعمال حمامات السليمانى الاكال عند الاطفال بان يوضع منه فى الحمام محلولا من ١ و الى ٣ و ٠ جرام بحسب صغر الحمام وعظمه ويستعمل يودور البوتاسيوم أيضا عند الاطفال لاجل ضارية العوارض الثلاثية فيعطى لهم ثلاث مرات فى النهار من ٣ سنتجرام الى ٢ ديسجرام وان كانت الاطفال واقعة فى ضعف عظيم يعطى لهم مقادير صغيرة من المركبات الحديدية وزيت كبد الحوت

﴿الفصل الثالث فى الاضطرابات الغذائية العامة غير المتعلقة بتسمم ما﴾

﴿المبحث الاول﴾

﴿فى داء الخلوروز أى بهاتة اللون وانتقاعه عند النساء﴾

يعنى بداء الخلوروز مرض يكاد يكون خاصا بالنساء ينشأ عندهن فى زمن النمو وهذا المرض بالنسبة لطبيعته يعتبر من نوع فقر الدم أى الانيميا لكنه يتميز عن باقى أنواع الانيميا بكون المفقود فيه من الدم هى العناصر الملونة له أعنى الكرات الحمراء أو المادة الملونة الحمراء لتلك الكرات الدمويه بخلاف باقى الاجزاء المكونة للدم فانها لا تكون متناقصة وان حصل ذلك فلا يكون الا بكيفية استثنائية والى الآن لم نعرف حقيقة السبب الاصلى تناقص الكرات الحمراء من الدم أو المادة الملونة لتلك الكرات وانما يجوز

القول بالاستنتاج الآتى وهو ان تناقص العناصر الملونة من الدم لاينشأ عن سرعة تلاشى تلك العناصر بل بالاكثر عن تكونها غير التام .
ثم ان الخلوروز مرض كثير الحصول جدا عند النساء من سن الاربع عشرة سنة الى سن الاربع والعشرين ومن القريب للعقل جدا ان التغيرات الفسيولوجية التى تحصل فى جسم الشابات الابكار مدة البلوغ لها تأثير قوى فى حصول هذا المرض لكننا لانعرف حقيقة هذا الارتباط الفسيولوجى مطلقا بل ولا توجد مؤثرات ظاهرية يمكن اعتبارها فى كل حالة راهنة أسبابا مساعدة على حصول هذا المرض فانه وان كان لايبعد عن العقل فى أحوال كثيرة من هذا المرض ان كلا من الامراض الاخرى والمكث فى المحال غير الجيدة الهواء وقلة الرياضة ورداءة التغذية والانفعالات النفسية والامور المحزنة وقراءة الكتب الغزلية والاستمناء باليد وغير ذا من المؤثرات المضرة يساعد ولابد فى ظهور هذا المرض الا انه يشاهد أيضا عند وجود شروط مخالفة لذلك بالكلية عند الشابات اللاتى يشتغلن طول النهار فى الهواء المطلق وتغذيتهن جيدة للغاية ولا يشتغلن بقراءة الكتب الغزلية وليس عندهن عادات قبيحة وانما الذى أذكره وشاهدته بدون استثناء عند الشابات اللاتى لم يبلغ سنهن زيادة عن الاثنى عشرة سنة أو ثلاثة عشر أى قبل بروز الثديين وظهور الكفل حصول هذا المرض بغاية الشدة متى أدمن على الاستمناء باليد أو السحاق وتقدم الطمث أى حصوله قبل الاربعة عشر سنة أو الخمسة عشر عند الشابات المصابات بالخلوروز ليس من الامور الملازمة لهذا المرض بل الغالب انه يصطحب بتأخير فى الطمث وفى مثل هذه الاحوال يعتبر تأخير الطمث نتيجة للخلوروز ومن النادر كونه سببا له وحصوله فى غير السنين المذكورة أعنى فى آخر سن الطفولية أو فى سن الثلاثين سنة أو بعده وحينئذ تعتبر أحوال الخلوروز التى تحصل فى السن المتوسط أو بعده نكسات لهذا المرض الذى سبق حصوله ويندر جدا مشاهدة أحوال من الخلوروز عند الشبان فمن المحقق ان كثيرا من الاحوال التى اعتبرت من الخلوروز عند الرجال ليست من هذا القبيل بل من قبيل الانيميا العرضية التى ستشرح فيما بعد

وهذا المرض يصيب الشابات على اختلاف بنيتهن فان نحفا البنيـة منهن وان أصبن بسهولة غيران اقوياءها منهن ذوات اللون المتورد لايكن مصونات عنه وقد يظهر هذا الداء فى بعض العائلات بكثرة جدا بحيث يسوغ القول بتأثير الوراثة

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات الواصفة للخلوروز توجد على الخصوص فى الدم الذى يعتبر ولا بد كما قاله ورجوف جوهرا أو منسوجا مكونا من خلايا ومادة سائلة بين تلك الخلايا وكاذكر لا يوجد فى السائل الضام بين الخلايا تغيرات مهمة ولا قارة لا كما ولا كيفا بل الغالب ان يكون تركيب هذا السائل طبيعيا وفى بعض الاحوال تكون المادة الزلالية لهذا السائل الضام متناقصة بحيث ان تركيب الدم عند المصابات بالخلوروز يقرب من تركيبه فى سوء الاخلاط المائى أو الانيمارى وفى بعض الاحوال النادرة يظهر ان كمية المادة الزلالية فى السائل الضام بين الخلايا متزايدة فيوجد مع تناقص الكرات الدموية تناقص فى تلك المادة الزلالية وفى كلتا الحالتين الاوليتين تكون كمية الدم العمومية متناقصة قليلة وأما فى الحالة الاخيرة فيكاد لا ينكر ازديادها بمعنى ان كمية الدم المطلقة ولو مع تناقص الكرات فيها تكون المادة المصلية متزايدة وبعبارة اخرى انه يوجد مع حالة فقر الكرات الدموية امتلاء دموى مصلى والعلامة الرئيسة فى داء الخلوروز هى تناقص المادة الملونة للدم الذى قد يصل فى الاحوال الواضحة الى نصف الكمية الطبيعية بل الى ربعها وفى العادة ينسب تناقص المادة الملونة الحمراء من الدم الى تناقص فى الكرات الدموية الحمراء ومع ذلك فقد صار من القريب للعقل انه يمكن تناقص تلك المادة الملونة الحمراء على حدتها فى دم المصابات بالخلوروز فانه بعد ان بين المعلم دوب تناقص تلون الكرات الحمراء من الدم فى هذا المرض قد أثبت المعلم دونكان مع التحقيق بواسطة تعداد الكرات الدموية الحمراء ان ضعف قوة التلون فى الدم الخلوروزى ناشئة ولا بد عن هذا السبب الاخير وقد استبان من ابحاث هيم عن الدم انه يوجد فى كل مليمتر مكعب من الدم الشعرى الوعائى كرات دموية حمراء بعدد ٥٠٠٠٠٠٠-٥٥٠٠٠٠٠ ففى الاحوال الخفيفة من الخلوروز يكون عددها

قليل التناقص لكن حجمها يتناقص جدا وتشتمل مع ذلك على قليل من المادة الملونة الحمراء فقد شوهدت حالة كانت لا تشتمل الا على نصف ما تشتمل عليه منها تلك الكرات فى الحالة الصحية وتبعا لما قرره المعلم هيم يبقى عدد الكرات الدموية الحمراء على حالته عند استعمال معالجة لائقة بواسطة المركبات الحديدية الا انها تكتسب حجمها الاصلى وتلونها الشديد واما فى الاحوال الواضحة من هذا المرض فان عدد الكرات الحمراء يتناقص جدا زيادة عن النصف وباستعمال المركبات الحديدية يشاهد ظهور كرات دموية صغيرة باهتة وحينئذ تحصل فى الدم عين التغيرات التى تحصل فى الاحوال الخفيفة

وعند فعل الصفات التشريحية فى جثث المصابات بالخلوروز التى هلكن بمرض طرأ عليهن تشاهد الاعضاء الباطنة فى حالة بهاتة عظيمة وعلى حسب رأى الشهير ورچوف يشاهد فى الاحوال الشديدة المستعصية من الخلوروز صغر فى الشريان الاورطى وعدم نموفيه هو وباقى الاوعية الشريانية فقطر هذا الجذع الشريانى قد يوجد متضايقا جدا بحيث يعسر مرور الخنصر منه وتكون جدره مستدقة جدا فتدل على وقوف النمو ومع ذلك فجدر الشرايين تكون حافظة لمرونتها مالم يكن قد اعترى كلا من الطبقة الباطنة والوسطى استحالة شحمية وقد يصحب هذا النمو غير التام فى الاوعية الشريانية تأخر ووقوف فى نمو باقى الجسم فالقلب يكون ضامرا مثل باقى الاوعية لكن الغالب ان يكون حجمه طبيعيا أو قليل التمدد ومن النادر أن يكون ضخما

﴿الاعراض والسير﴾

العرض الكثير الوضوح فى الخلوروز هو بهاتة الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة فعند الاشخاص ذوات المادة الملونة الجلدية الجمنتية قليلا كالشقر يكون لون السطح الظاهر من الجسم أبيض مخضرا وعندما تكون تلك المادة الجمنتية غزيرة كما توجد عند الاشخاص ذوات الشعر الاسود يكون لون الجلد الظاهر أصفر وسخا او سنجابيا بل وفى الاشخاص ذوات المادة الملونة الجمنتية الغزيرة جدا كالحبش والسودان يظهر انتقاع الجلد وبهاتته عندهم قصيرا اسمر مصفرا او سنجاويا وهذا التلون المصفر يكثر

اتضاحه فى الاذنين ولاسيما فى الملتحمة واللثة وسبب تناقص التلون المذكور واضح فان كلا من عدد ودرجة تلون الكرات الدموية الحمراء المتعلق بها تلون الدم باللون الاحمر وكذا التلون المحمر لباقى المنسوجات يكون متناقصا تناقصا عظيما كما بيناذلك فيما سبق ـــ واما حصول احمرار شديد وقتى فى الجلد عند المصابات بالخلوروز فأمر سهل التوجيه متى علمنا أن لون الجلد ينشأ من جهة عن لون الدم ومن اخرى عن امتلاء الاوعية الشعرية وتمددها فكما توجد اشخاص ذوات وجنات باهتة ولو مع دكنة لون الدم عندهن فكذلك توجد اشخاص خلوروزية لاتكون وجناتهن باهتة جدا ولو مع كون الدم باهت اللون وذلك لكثرة امتلاء الاوعية الشعرية للوجنتين أو لتمددها تمددادواليا وكذا الظاهرة المعلومة من ان اكثر المصابات بالخلوروز يحمر لونهن بشدة عقب المشاق الجسمية اوالانفعالات النفسية توجه ايضا بالامتلاء الدموى الوقتى للاوعية الشعرية كما سنذكر ذلك فيما يأتى

وكل من المنسوج الشحمى والخلوى تحت الجلد يكون على حالته الطبيعية عند المصابات بالخلوروز بل قد يكون متزايدا وهذا الامر مهم بالنسبة لتمييز الخلوروز عن باقى انواع الانيميا الثانوية التى تظهر فى اثناء سير التغيرات المرضية المهلكة اوفى اثناء سير غيرها من الامراض الخفية المحدثة لاضطراب فى تكون الدم وتركيبه فانه فى احوال الانيميا اوالايدريميا العرضيتين اللتين من هذا القبيل وكثيرا ما تختلطان بالخلوروز تزول مع تلون الجلد وانتفاعه الطبقة الشحمية الكائنة اسفله وكذا الظواهر الاستسقائية الممتدة فانها لا توجد فى احوال الخلوروز الابندرة جدا وانما الذى يشاهد احيانا هو الاوذيما الخفيفة فى الاطراف السفلى لاسيما عقب المشى المستطيل واما التجمعات المائية العظيمة فانها توقظ الظن عند الطبيب الحاذق بان الانيميا الموجودة مرتبطة ولابد بداء خفى

والتنفس عند المصابات بالخلوروز يحصل فيه كذلك عوق عظيم فانه يفقد عندهن اكثر من نصف الكرات الدموية الحمراء وهى التى تقبل الاوكسجين وتطرد حمض الكربون ويظهر ان هذا الاضطراب ينتج عن تهيج الاعضاء المركزية العصبية التنفسية بسبب القبول الغير التام للاوكسجين وتراكم

حمض الكربون المتطرد بكيفية غير تامة ايضا فانه عند فعل اقل مجهود عضلي تزداد به حركة التحلل وتكون حمض الكربون يزيد عدد التنفس كثيرا بحيث يصير متعبا للمريضة جدا ولذا أن تشكي المرضى بتضايق التنفس عند المشي السريع وصعود نحو السلم يكاد لا يفقد في أي حالة متقدمة من الخلوروز مطلقا وبتناقص التبادل الغازي في الرئتين ولا سيما تناقص قبول الاوكسيجين في الدم توجه كذلك عدة اعراض خاصة بهذا المرض أهمها ضعف الفعل العضلي الذي يحتاج لاجرائه بقوة وجود دم شرياني كثير الاوكسيجين فالمرضى تتعب بسرعة وتشتكي بثقل في الاطراف السفلى ولا يندر حصول الآلام الروماتيزمية الكاذبة عندهن بأقل مجهودات عضلية وهذه الآلام لا تحصل عند الاشخاص ذوات الدم الصحي الطبيعي الا بعد مشاق عضلية شديدة غير اعتيادية وكما أن العضلات تحتاج ولا بد لاتمام وظيفتها الطبيعية لدم كثير الاوكسيجين يدور في اوعيتها فكذلك الاعصاب تحتاج لاتمام وظيفتها لتغذيتها بدم جيد كثير الاوكسيجين أيضا ولذا كثيرا ما تشاهد عند النساء الخلوروزيات آلام عصبية سيما آلام الرأس والآلام المعدية العصبية والاحساس بالانضغاط في القسم الفؤادي الذي كثيرا ما يكون خفيفا جدا بحيث لا يستدل عليه الا بعد السؤال من المرضى وأما الانستازيا والتشنجات والشلل فلا تشاهد عند المصابات بالخلوروز الا نادرا ولا تحصل الا في الاحوال التي فيها تتضح الحالة التنبيهية العصبية جدا وأما حالة الضعف التنبيهي واضطراب قابلية التنبيه العصبي التي تتضح بالثورانات العصبية الجسمية والعقلية واساءة الاخلاق والتشهي غير الطبيعي كأكل اللبن أو غيره من نحو الاشياء غير المطعومات فانها تكاد لا تفقد مطلقا عند المصابات بالخلوروز

وأما أعضاء الدورة فتظهر فيها جملة تغيرات غير طبيعية عند المصابات بالخلوروز فانه يكاد أن تشتكي جميع المرضى بالخفقان وقد بينا فيما سبق ان هذا التشكي مبني من جهة على ازدياد فعل القلب أو سرعته ومن جهة أخرى تكون متعلقة بحالة الثوران العصبي العمومي الذي به تدرك ضربات القلب بكيفية متعبة مع انها لا تدرك عند اغلب الاشخاص ولو كانت متزايدة حقيقة

بسبب ضخامة القلب العظيمة جدا وبواسطة ضعف الطبقة العضلية من القلب واسترخائها يحصل عند المصابات بالخلوروز ايضا تمدد عظيم فى القلب خصوصا جهة اليمين وقد اثبت ذلك المعلم اشترك بواسطة القياسات الاكيدة لاصمية هذا العضو وبشفاء الخلور وزيزول هذا التمدد ايضا

وعند التسمع على الصدر يحس فى كل من القلب والاوعية الشريانية الغليظة بالالغاط النفخية التى تكرر ذكرها وتسمى بالالغاط الدموية وبالعارضية تمييزا لها عن الالغاط الكاذبة الناشئة عن آفات عضوية فى القلب ومنشأ تلك الالغاط غير واضح وتسميتها بالدموية غير حقيق فى المعنى فانها لا تتعلق بلا واسطة بتغيرات فى صفات الدم والغالب على الظن انها تتعلق بتغيرات دقيقة فى الصمامات وجدر الاوعية تنوع تموجاتها واكثر من ذلك ان يحس عند التسمع على الوريد الودجى الباطن بلغط فوراني مخصوص يعرف بلغط النحلة (وهى لعبة تلعب بها الاطفال) او بلغط العفريت وهذا اللغط يشتد فى الجهة اليمنى عن الجهة اليسرى ويزول عندما تضطجع المريضة على ظهرها وتكتسب وضعا افقيا او عندما تفعل حركات زفيرية عميقة او عند الضغط على الوريد الودجى نفسه ويظهر ان هذا اللغط يحصل بالكيفية الآتية وهو ان الجزء السفلى من الوريد الودجى الباطن الكائن خلف المفصل القصى الترقوى مثبت فى جميع جهاته بحيث لا يمكن الهبوط على نفسه مثل باقى الاوردة ولو كان العمود الدموى الوارد اليه ضعيفا جدا فمتى سال من الوريد الودجى عمود دموى دقيق فى هذا الجزء المتسع المثبت فلا يمكنه ملؤه الا بمروره وجريانه فيه مع الفوران والتموج وهذا الجريان التموجى للدم يحدث ولا بدّ فى جدر هذا الوريد تموجات رنانة فانه عند التواء العنق الى الجهة المقابلة وانضغاط الاوردة العنقية بواسطة العضلات الكتفية اللامية والصفاق العنقى يسمع اللغط النحلى عند اغلب الاشخاص الاصحا فمتى سمع هذا اللغط بدون التواء فى العنق وكان واضحا جدا وجب ولا بدّ الحكم بأن الشخص الموجود عنده ذلك معتريه قلة امتلاء فى الاوردة وحالة فقر الدم ولذا انه خلافا لما جرى عليه بعض المؤلفين نعتبر لهذا اللغط بعض اهمية فى التشخيص ـــــ وزيادة قابلية التنبيه العصبى الناشئة عن تغذية

هذا المجموع بواسطة دم قليل الاوكسيجين تمتد كذلك الى المجموع العصبي الوعائي وتعتبر سببا لسهولة احمرار لون المصابات بالخلوروز وبها تتهن وكذا الاعضاء الهضمية يظهر فيها بقطع النظر عن الالام العصبية المعدية السابق ذكرها اضطرابات مهمة تؤدي بسهولة عند عدم ملاحظتها بالدقة الى الوقوع فى خطاعظيم فالشهية تكون غالبا مفقودة ويحس بعد الاكل بثقل وامتلاء في القسم الشراسيفي وتجشى من مواد حمضية وغير ذلك من ظواهر سوء الهضم الناشئة عند اغلب المرضى من ضعف قوة انقباضات المعدة وتزول على الدوام عند تحسين حالة الدم وما عدا هذه الاضطرابات الهضمية غير الخطرة التي تزول بالمعالجة اللائقة تحصل بكثرة عند المصابات بالخلوروز القرحة المعدية المزمنة التي كثيرا مالا تعرف ولذا ينبغي عند معالجة كل مصابة بالخلوروز الالتفات لهذا الامر والتيقظ الى ان الالم المعدي العصبي قد يكون متعلقا بهذا التغير المرضي المهم واستعمال جميع وسائط التشخيص حتى يتمكن من معرفة ذلك فان لم يتيقظ لذلك جاز انضاحه مع الاسف اما بالنزيف المعدي أو بتثقب المعدة نفسها

والبول عند المصابات بالخلوروز يكون ذا وزن نوعي خفيف صافيا مالم يطرأ عليهن مرض حمى والوزن النوعي الخفيف متعلق عندهن بقلة البولينا واللون الصافي بقلة المادة الملونة للبول فان قلة قبول الاوكسيجين عند المصابات بالخلوروز يوجه مع الوضوح تناقص حركة التحلل العنصري ومن ذلك تناقص تكون البولينا ونحن وان كنا لا نعلم مع التأكيد من كيفية تكون المادة الملونة للبول الا قليلا لا نشك في ان هذا العنصر آت من المادة الملونة للدم ولذا لا يستغرب انه عند تناقص المادة الملونة للدم فى الكرات الدموية يتناقص ولابد احتواء البول على المادة الملونة له ايضا وهذا الامر يدل على ان تناقص الكرات الدموية الحمراء ليس مبنيا على ازدياد تلاشيها بل على عدم تمام تكونها ونموها

وتكاد تضطرب الوظائف التناسلية في جميع احوال الخلوروز فالغالب ان تحصل الامينوزيا اى عوق في الطمث او انقطاعه بالكلية و يندر ان يكون ذلك على صفة عسر الطمث فمن الجيد حينئذ عند وجود الانيميا المصحوبة بغزارة

العطش وثوران الالام فيه التحرز من الوقوع في الخطا وتشخيص الخلوروز الحقيقي بل الغالب في مثل هذه الاحوال وجود اصابات رحمية أوخلل فيها مصحوبة بانيميا تابعية لا الخلوروز الحقيقي انما مع ذلك ينبغي التنبيه على أنه يوجد عند المصابات بهذا المرض نوع التهاب رحمي نزلي مهبلي مصاحب لاضطراب الطمث

ثم ان سير الخلوروز مستطيل للغاية مالم يحصل قصر مدته بواسطة المعالجة اللائقة فان هذا المرض عند عدم معرفته قد يمتد الى أشهر بل وسنين والشفاء هو الانتهاء الاعتيادي له وان حصلت جملة نكسات في أثنائه ومع ذلك فهناك بعض أحوال استثنائية تظهر سيرا مستعصيا للغاية فتمتد ولو مع المعالجة اللائقة بتحسين وتثاقل متتابعين الى السن المتوسط بل المتقدم وفي مثل هذه الاحوال لابد وان يكون الخلوروز متعلقا بتغير وسبب خفي ولاسيما بعدم تمام نمو الاورطي السابق ذكره ومن النادر أن يستحيل الخلوروز الى مرض آخر كالسل الرئوي فالخلوروز لايهدد الحياة الا بحصول مضاعفات لاسيما بالقرحة المعدية المزمنة وهو كثير وقد ذكر ورجوف كثرة الاستعداد لالتهاب الغشا الباطن للبطين اليسرى من القلب وذكر أنه يوجد في الاحوال التي تنتهي بالموت تضايق في الاورطي ينتج عنه من جهة أخرى ولا بد تعرض صمامات القلب سيما الصمام القلنسوي لانجذاب شديد بسبب عدم سهولة جريان الدم وسيلانه من البطين اليسرى الى الاورطي ومثل هاتيك النساء تكن عرضة لخطر عظيم من طرو الحمل عليهن أوفي أثناء النفاس وذلك لان في هذا الزمن كثيرا مايحصل عندهن التهاب غشائي صمامي تقرحي وأما الاحوال الحادثة من الخلوروز المقول بأنها تنتهي بالموت فانها مبنية على خطأ في التشخيص وأما كون الامراض الحمية الحادة الثقيلة خطرة جدا عند المصابات بالخلوروز فأمر محقق

وأما تشخيص الخلوروز فينبغي فيه تمييز هذا المرض عن الاحوال الانيماوية الاخرى فان الانيميا تحصل من فقد الدم الغزير وقلة التغذية والتعب الجسمي الشاق المستطيل وفقد الاخلاط والسوائل المستمر والامراض الحمية الثقيلة وعن التولدات المرضية الخبيثة وعن الحمل ونحو ذلك لكن

الانيميا هنا بعكس الخلوروز فانها تنشأ عن أسباب معلومة وزيادة عن ذلك ففقر الدم فيها لا يكون كما في الخلوروز عبارة عن تناقص المادة الملونة الحمراء للدم والكرات الدموية بل ان التناقص يعترى أجزاء الدم الاخرى لاسيما المواد العضوية الزلالية الضرورية لتغذية الجسم وكمية الدم بتمامها قد يعتريها تناقص عظيم في أحوال الانيميا الخفيفة دون الخلوروز ففيها لا يحصل على الدوام تناقص في كتلة الدم ولا في المواد العضوية الزلالية ولذا ان المصابات بالخلوروز يكن متمتعات بسمنهن ضد المصابات بالانيميا فان تغذيتهن تكون غير مضطربة اضطرابا واضحا ويظهر لنا من الصواب بالنسبة لتشخيص الخلوروز ان نذكر أن البنات المصابات بهذا المرض تكون وجوههن على الدوام خالية عن الدم باهتة شمعية اللون فانه توجد درجات خفيفة من هذا المرض فيها لا يتضح ابتداء من رؤية الوجه ان الشابات مصابات بالخلوروز فان احمرار الوجه والاغشية المخاطية لا يكون مفقودا وانما بالسؤال عن حالة المرضى ولونهن في السابق يستدل منه على ان لون وجوههن قبل أن يحصل لهن تعب عظيم وتناقص في الطمث ونحو ذلك كان اكثر توقدا واحمرارا ولنذكر هنا ايضا حالة تلتبس كثيرا بالخلوروز وهو شكل الاستيريا الذي يصطحب بظواهر انيمياوية ولاسيما انه يسير بظواهر عصبية ضعفية واعراض ضعف تجي ولنعترف انه في كثير من الاحوال لا يمكن التمييز بينهما ابتداء بل من بعد تعاطى المركبات الحديدية فان منفعتها وعدمها قد تكون هي الواسطة في التشخيص واما تمييز اشكال الانيميا الثقيلة لاسيما الخبيثة فسنذكره في المبحث الآتي

﴿المعالجة﴾

من النادر ان يكون للاهتمام في اتمام ماتستدعيه دلالات المعالجة السببية للخلوروز ادنى تاثير على سير هذا المرض وهذا الامر يدل ولا بد على ان المؤثرات المضرة التي ينسب اليها ظهور الخلوروز قليلة الاهمية فانه يمكن شفاء المصابات بهذا المرض في قليل من الاسابيع شفاء كليا بواسطة اتمام دلالات معالجة المرض نفسه بعد ان كن يحفظن و يبعدن بدون فائدة من تلك المؤثرات المضرة وكن يعشن في البوادي الجيدة الهواء ويتغذين باجود الجواهر المغذية

ويتريضن فى كل وقت ويستعملن الرياضة بالحركات الجسمانية بدون ان تتلون وجناتهن وشفاههن بالحمرة وبدون تناقص فى الخفقان وضيق النفس عندهن و بدون تحسين فى حالة خلقهن فشهرة الوسائط الصحية فى الخلوروز مبنية ولابد على كون احوال الخلوروز الحقيقية المعبر عنها بالاولى بجوسيتمى تختلط بكثرة بالاحوال الانيماوية المختلفة التى فيها تثمر جدا تلك الوسائط الصحية وفيها المركبات الحديدية تكون قليلة الاهميـة ـــ وفى كل وقت يمكن التأكد من التجربة المعلومة وهى شفاء المصابات بالخلوروز بالكلية بواسطة المعالجة اللائقة مهما كانت قلة جودة الشروط الصحية واما المعالجة المرضية فانها تستدعى استعمال المركبات الحديدية فانه ان قيل بوجود جوهر نوعى دوائى حقيقة كان ولابد الحديد فى الخلوروز وكلما كان التشخيص أكيدا كان النجاح اقوى واتم فان لم يكن النجاح مطابقا لما يأمل من المعالجة بالمركبات الحديدية كان التشخيص ولابد فى غير محله بل حالة انيميا عرضية متعلقة بتغير مرضى مدرك اوغير مدرك والكيفية التى بها تعاطى المركبات الحديدية يحسن حالة الدم وتركيبه المتغير فى الخلوروز غير معروفة لنا وانما الذى يسوغ القول به هو انه بتعاطى تلك المركبات الحديدية يزداد تكون الكرات الدموية الحمراء والمادة الملونة لها المحتوية على الحديد تبعا لذلك واما ما يخص انتخاب احد الاستحضارات الحديدية العديدة دون الآخر فنرى ان بعض الاطباء يفضل هذا والآخر ذاك و بعضهم يفضل الشروع فى المعالجة بواسطة الاستحضارات الحديدية اللطيفة التى لا تتعب المعدة كالصبغات الحديدية وذلك كصبغة تفاحات الحديد اوصبغة خلات الحديد للعلم رادماكر ثم ينتقلون فيما بعد لاستعمال المركبات الحديدية القوية كالحديد المجهز بالايدروجين وكلينات الحديد وكربونات الحديد السكرية وكاوكسيد الحديد السكرى الذائب فيستنتج من مدح المؤلفين المختلفين من الاطباء لاحد الاستحضارات الحديدية دون الآخر ومن التجارب المعلومة من ان كل طبيب يرغب فى استعمال البعض دون الآخر مع النجاح فى معظم الاحوال بل فى جميعها اولا ان منفعة المركب الحديدى فى الخلوروز لا تتعلق بالشكل الذى يعطى عليه هذا المركب وثانيا ان اغلب الاستحضارات الحديدية

تحملها بسهولة المصابات بالخلوروز وثالثا ان درجة تفضيل بعضها على البعض الآخر لم يتحقق الى الآن ويفضل نيمير حبوب بلود على وجه الاطلاق ويجهز من المخلوط الاصلى لبلود الذى كان يصنع منه ٤٨ حبة المأخوذ من (كبريتات الحديد وكربونات البوتاسا وطرطراتها المسحوقين اجزاء متساوية خمسة عشر جراما ومن صمغ الكثيرة لذلك ويعمل عجينة) ستا وتسعين حبة وكذلك لا يتبع ترتيب الصعود بالحبوب كما جرى عليه بلود ابتداء بالدقة بل يعطى فى الابتداء جملة أيام ثلاث مرات كل يوم من أربع حبات كل مرة الى خمسة متى تحملتها المعدة ويكاد دائما يشفى الخلوروز بتعاطى ثلاث علب من هذه الحبوب بالعدد السابق مهما كانت شدته واستعصاؤه وذكر نيميران النجاح البين لهذه الحبوب هو الذى ترتب عليه شهرته فى الطب العملى بسرعة

ولقد قيل انه لا يلزم فى شفاء الخلوروز لاستعمال مقادير عظيمة من الاستحضارات الحديدية نظرا لكون الكمية المفقودة من الحديد فى الدم قليلة جدا فانه ولو مع أخذ الكمية القليلة من هذا الجوهر ينقذف على الدوام جزء مع المواد البرازية كما يستدل على ذلك بالتلون الاسود للمواد البرازية وبالجملة فان نجاح بعض المياه الطبيعية الحديدية فى الخلوروز يدل على أن المقادير الصغيرة كافية فى شفائها ولا حاجة لاطالة الكلام على نظريات علمية لا أساس لها فانه لا شك فى شفاء هذا المرض أيضا باستعمال مقادير صغيرة من المركبات الحديدية بل باستعمال مياه حمضية حديدية فى كثير من الاحوال ولو كان الشفاء بطيئا الا أن عدد المرضى اللاتى شفين باستعمال حبوب بلود أو بمقادير عظيمة من كربونات الحديد السكرى أو لبنات الحديد فى قليل من الاسابيع بعد ان استعملن جملة من الاشهر بل والسنين بدون طائل ولا فائدة الصبغات الحديدية أو نبيذ الحديد بمقادير صغيرة وتوجهن جملة مرات الى الحمامات الحديدية فى بيرمون ودريبورغ ونحو ذلك عظيم جدا حتى يتعضد القول بأن الخلوروز يشفى مع السرعة والتأكد بالاستحضارات الحديدية التى يمكن منها اعطاء مقادير عظيمة واجودها ولا بد حبوب بلود وقد نبه (امرمن) على انه من الجائز أن تأثير

تلك الحبوب السريع متعلق باحتوائها زيادة عن الحديد على كمية عظيمة من البوتاسا وهو جزء من الاجزاء الداخلة في تركيب الكرات الدموية الحمراء واما المشكوك في نجاحه فهي المعالجة بالمياه الحديدية المخزونة تغير الحديثة التي ينفصل منها اوكسيد الحديد ويرسب في الكوبة الاخيرة فعند تعاطيه على هيئة راسب وهذا العيب لا يوجد في المياه الحديدية الحديثة المستعملة الآن بكثرة من ينابيعها المحتوية على بيروفصفات الحديد واجود استعمال الحديد يكون بعد الاكل حالا وانما يحذر من تعاطي المطعومات الثقيلة والمواد الحمضية والثمار الفجة الحامضة ايضا وكذا من الجيد تعاطي ماء الحديد البيروفصفاتي الطبيعي بقدر كوبة مع الاكل ومن الخطأ جدا التمادي على العادة القديمة بالاجتهاد في معالجة ضعف المعدة وتنبهها وغيرهما من الاضطرابات المتعلقة بالخلوروز بواسطة الحوامض المعدنية والجواهر المرة ونحو ذلك قبل الشروع في اعطاء المركبات الحديدية التي هي الواسطة فقط في النجاح فان تلك المعالجات المسماة بالمجهزة لاطائل فيها فضلا عن تاخير الشفاء منها ولنذكر اخيرا انه لا ينبغي جبر المصابات بالخلوروز على الرياضة الشاقة وتعاطي المطعومات الوافرة مالم يكن لهن قدرة على ذلك وانما يؤمر بذلك متى عادت لهن القوى والشهية وقد ذكرنا فيما تقدم انه مهما كانت جودة المعالجة في هذا المرض فمن الجائز حصول نكسات في الاحوال الثقيلة منه ولذا يجب على الطبيب اخبار اهل المصابات بالخلوروز بذلك لايقاظهم ووعدهم بان شفاء النكسة سهل أيضا كشفاء النوبة الابتدائية ثم انه وان ظهر طبقا لما ذكرناه ان المعالجة بالمياه الحديدية الحمضية الغير الحديثة المنقولة في المتاجر غير صائبة ولا ناجعة مثل تعاطي المركبات الحديدية بمقدار عظيم الا انه يجوز ولا بد الايصاء باستعمال المياه المعدنية الطبيعية الحديدية في محل ينبوعها كماء شوالباخ ودير بورغ وكذو واوالالتوامروسنت موريتز ببلاد السويزرا وامثالها وهي مياه حديدية (راجع رسالتنا في الينابيع الشفائية والمياه المعدنية) وذلك بالنسبة للمصابات بهذا المرض الذي شفين منه ويخشى عليهن من النكسات والدلالة العلاجية الوقتية التي تمنع من استعمال الحديد عن المصابات بالخلوروز هي وجود اضطرابات عظيمة في المعدة او امراض

حمية طارية عليهن ولنذكر اخيرا ان استعمال الحديد ومركباته فى احوال الانيميا الاولية والعرضية السابق ذكرها جيد المنفعة أيضا وان كان الامر المهم فى معالجتها هو مضاربة المرض الاصلى واستعمال غذاء جيد محتو على مواد غذائية أولية بكثرة مع الاقامة فى محل جيد الهواء نقيه ويجوز أيضا استعمال بعض المشروبات الكحولية فى الخلوروز والانيميا فان لها تأثيرا مبطئا لحركة التحليل العنصرى وانما يكون استعمالها بمقدار قليل جدا مناسب ومع ذلك فانها تحدث عند كثير من الاشخاص حالة تنبه وخفقان وتوارد دموى نحو الرأس ونحو ذلك بحيث لا يستدل على استعمالها أو النبيذ أو البيرة أو نحو ذلك الا بالتجربة

﴿الفصل الثانى فى الانيميا الخبيثة التدريجية﴾

التاريخ الطبى القديم ولو أنه يوجد فيه بعض شروحات يظهر أنها تختص بالمرض الذى نحن بصدده وسمى باسماء مختلفة كالانيميا الاصلية تبعا (للبرت) وبالانيميا الذاتية تبعا (لهابرسون) وبالانيميا القتالة تبعا (لكليج) وبالانيميا الثقيلة للحوامل تبعا (لجمرو) وبالشكل الانيماوى لتشحم القلب تبعا (لبونفك) الا أن الفضل فى جمع مشاهدات عديدة من هذا المرض وتسميته بالانيميا الخبيثة التدريجية (١٨٧١) وجعله مرضا قائما بنفسه للعلم بيرمر

وأسباب هذه الانيميا التى تطرو بشكل فقر الدم النادر التدريجى العظيم القتال على الدوام تقريبا غير معروفة لنا حق المعرفة وهى تحصل غالبا فى السن المتوسط من الحياة من سن العشرين الى الاربعين غير أنها قد تحصل فى سن الطفولية بل والشيخوخة وتعترى النساء أكثر من الرجال وبالخصوص الحوامل والنفساء فتحدث عند الاول الاجهاض ابتداء ثم الموت بسرعة وفى الغالب لا توجد أسباب واضحة لهذا الداء وفى أحوال أخرى توجد بعض اسباب من الاسباب الاعتيادية لغير هذا النوع من الانيميا كقلة التغذية والفصد الدموى المتكرر والاسهال المتكرر أيضا

وهذا المرض يظهر على الدوام بكيفية كامنة وقد يظهر عند الحوامل ظهورا تحت حاد فتحصل بهاتة شديدة فى الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة لكن

بيرميدذكر أن حالة تغذية المرضى لاتتغير مالم تعترها الحمى وقال ان سمن الجسم لايتغير احيانا ولو عند المعتريهم الحمى فكذلك وجد كينسكى فى عشرة أحوال شاهدها بنفسه محافة عظيمة غالبا وينضم لذلك جميع الظواهر الخاصة بالخلو وزلكن فى أشد الدرجات كالهبوط التام والانحطاط مع الميل للإغماء وضيق النفس عند فعل أقل مجهود عضلى والنبض السريع الصغير والخفقان والالغاط السيستولية القلبية والشريانية وكذا الالغاط العقربية أو النحلية والضغط والثقل فى القسم الشراسيفى ولو بدون الاكل والغثيان والقيء المتكرر المتعب (وذلك فى ثلثى الاحوال) بحيث يظن احيانا وجود سرطان معدى خفى وكذلك الاسهال الذى يوجد فى مواده كل من التثنين والتيروزين وبالبحث عن البول توجد فيه تغيرات وقد يوجد قليل من الزلال جدا وكل من الطحال والعقد الليمفاوية الظاهرة بالجس لاتوجد منتفخة بحيث لايتوهم وجود الليكيميا وكذا الجلد لايكتسب اللون النحاسى المسمر بحيث لايتوهم وجود الاضطراب العظيم الذى يصاحب داء اديسون ودرجة حرارة الجسم لاتكون منتظمة السير ولادورية تبعا للمشاهدات ملار وتموجاتها فى كل حالة تخالف الاخرى بحيث لايمكن معرفة طرز مخصوص من تلك التموجات الحرارية الترمومترية وفى العادة تبعا للعلم ملار تطرا الحمى عقب اتضاح الانيميا وترتقى الى أشد الدرجات متى صارت الانيميا واضحة جدا ووصل المرض الى درجة النهاية والتعاقب فى أثناء سير المرض بين الازدياد والانحطاط يوافق ثورانات الحرارة وانحطاطها حتى انه فى الاحوال التى انتهت بالشفاء شوهد التحسين فى حالة المرض مع تناقص درجة الحرارة وزوالها بالكلية ولم يمكن عند فعل الصفات التشريحية وجود سبب الحمى فى جثث الهالكين بهذا المرض ومع ذلك فقد شوهد أحوال بها لم تكن الحمى وقتية فقط بل مفقودة بالكلية وبالبحث عن القلب يستدل على أن قوة ضرباته لاتكون قوية بل ضعيفة متقطعة ولو مع حصول الخفقان المتكرر ووجود ازيز واضح احيانا وعند جس القلب لايستدل منه على وجود آفة عضوية فى الصمامات وفى غالب الاحوال ينضم لهذا المرض سيما نحو انتهاء سيره سوء قنية دموية مع نزيف أنفى وهو الغالب أو غشى جلدى أو بقع

اكيموزية عظيمة على الاطراف أوغيرها فى سطح الجسم أونزيف من الاعضاء التناسلية أومن المعدة اوالمسالك الهوائية ونحو ذلك بل وقد تحصل انسكابات دموية فى المنسوجات الباطنة كجوهر القلب والتامور والاغشية الجافية والدماغ ومن المهم جدا حصول الانزفة فى الشبكية فانها تعتبر تبعا لبير وغيره من الاعراض اللازمة لهذا المرض وهذه الانزفة تظهر عند البحث بالمنظار العينى على شكل نكت او اشرطة متفرقة اوغزيرة محمرة اومسمرة ومسودة على الجزء الظاهر من قاع المقلة خصوصا بقرب الحلمة ومكونة لاشرطة متقاربة لبعضها فيما حولها ويوجد فى هذه النكت اصفار مبيضة اوسحابية صافية كما نبه عليه بعضهم واعتبر لها بعض اهمية فى التشخيص لكن تبعا للمشاهدات المعلم ليبتن لم يكن لهذه النكت السحابية الصافية التى هى عبارة عن اصفرار ظاهرة تحصل فيها الامتصاص ولا للانزفة الشبكية ادنى اهمية فى التشخيص فان هذا المعلم لم يجدها فقط فى الانيميا الخبيثة بل كذلك فى احوال الانيميا الاخرى كالناشئة عن سرطان الرحم مثلا مع نزيف رحمى وعن الاجهاض مع النزيف الرحمى وعن النزيف المعدى واستنتج من ذلك ان هذه الانزفة ليست خاصة بشكل من الانيميا بل بالحالة الانيمياوية على العموم وذكرانها من الجائز تحصل بكون الاشخاص المصابة بالانيميا الثقيلة يحصل لهم القىء غالبا وان حركة القىء تحدث عندهم انزفة بسهولة بسبب التغير الحاصل فى جدر الاوعية

ثم ان مدة الانيميا التدريجية لا يمكن تعيينها وذلك لان ابتداء هذا المرض لا يندران يكون تدريجيا ولانه قد يعقب بكيفية غير واضحة اضطرابا مرضيا مزمنا كالخلوروز اومرضا مناقى المعدة فانه وان وجدت احوال تسير بكيفية تحت حادة وتتناقل جدا فى ظرف ستة اسابيع اوثمانية حتى تنتهى بالموت توجد احوال اخرى تسير بكيفية بطيئة فى ظرف عدة من الاشهر بل والسنين مع تعاقب فى التناقل والتحسين الظاهرى وفى معظم الاحوال يعقب ذلك الانتهاء المحزن لكن هذا ليس محتما فانه شوهد شفاء اربع حالات من اربع واربعين فى اكلينك برمير

وتشخيص الانيميا الخبيثة فيه صعوبة عظيمة فى الادوار الاول منها فلا يمكن

التأكد من حقيقته احيانا الا بواسطة المشاهدة المستمرة لسيره وقد ذهب (ايك هرست) الى انه يمكن الوقوف على حقيقة تشخيص هذا المرض فى ادواره الابتدائية مطلقا بصفات الكرات الدموية الحمراء يعنى ان جزءا من تلك الكرات يكون حافظا لحجمه الطبيعى وانما يكون باهت اللون فقط والجزء الآخر منها يكون واضحا بصغر حجمه فلا يبلغ الا الربع بالنسبة لقطر الكرات الدموية التامة النمو بحيث تشاهد عند البحث كانما هى نكت شحمية صغيرة متلونة بالحمرة لكن تبعا لتجارب المعلم ليبين وغيره لا توجد هذه الكرات الصغيرة (المسماة بالميكروسيتن) على الدوام فى الانيميا الخبيثة فليست حينئذ واصفة لها بل توجد فى غير هذا المرض من الامراض بعدد عظيم

ومن الامور الكثيرة الوجود فى الانيميا الخبيثة تشحم القلب المتفاوت الدرجة ومع ذلك فهذا التغير ليس واصفا لهذا المرض فانه لا يشاهد فيه على الدوام وسبب التشحم التابعى للقلب قد وجهه المعلم ليبن بفقر الدم وقلة احتوائه على الكرات الحمراء اذ بذلك يتناقص دخول الاوكسيجين فى الدم الذى هو العنصر الضرورى المؤدى لزيادة احتراق المواد الزلالية وتلاشيها كما وان الاستحالة الشحمية للكبد والكليتين والبنكرياس قد توجد احيانا عندما يحصل نزيف رحمى غزير ثم ان الانيميا الخبيثة تكتسب مشابهة عظيمة بالليكيميا بسبب شدة الظواهر الانيمياوية لكن الامر المعلوم من انه يوجد فى الليكيميا الحقيقية ازديادا واضح فى الكرات الدموية البيضاء وانه يوجد فى هذا المرض الاخير انتفاخ واضح فى الطحال والغدد الاينفاوية يسهل التشخيص التمييزى بين هذين المرضين المتشابهين

ومع ذلك توجد احوال يعسر فيها التمييز بينهما لا سيما بين احوال من الانيميا الخبيثة الموجود فيها انتفاخ فى الطحال بكيفية استثنائية وبين احوال الليكيميا الكاذبة بل ويظهر ان هناك انتقالا من احد هذين الشكلين الى الآخر فقد شرح (ليتن) حالة من الانيميا الخبيثة استحالت الى الليكيميا النخاعية وذلك لان الازديادا القليل الابتدائى للكرات الدموية البيضاء ارتقى دفعة واحدة الى درجة عظيمة واتضح من الصفات التشريحية ان ينبوع الاصابة المرضية النخاع العظمى من العظام الطويلة الكبيرة ومن المهم

التنبيه على ماذكره ليستن من انه فى أحوال الانيميا الخبيثة توجد كذلك تغيرات فى النخاع العظمى مشابهة بالكلية لما يحصل فى اللوكيميا النخاعية ولو لم تكن مماثلة لها بالكلية ولربما يجوز الزعم بان الانيميا الخبيثة مرض فى النخاع العظمى وعبارة عن ليكميا كاذبة نخاعية مشابهة للوكيميا الكاذبة الطحالية والغددية ولنذكر أخيرا انه يوجد ولا بد عسر عظيم من حيثية التشخيص التمييزى بين الانيميا الخبيثة خصوصا فى دورها الابتدائى الغير الحمى وبين الاشكال الثقيلة من الخلوروز ولا سيما أنه قد شاهد استحالة الخلوروز الى انيميا خبيثة وبالجملة فمن الجائز اشتباه سوء القنية الثقيل الذى يصاحب التولدات الجديدة الخبيثة بالانيميا الخبيثة لا سيما متى كان مجلس تلك التولدات الجديدة غائرا لا يمكن الوصول اليه بالحواس فمن السهل جدا الوقوع فى الخطأ واعتبار شكل السرطان الذى يرتشح فى جدار المعدة على هيئة تولد مرضى سطحى بدون تولدات عقدية ولا يضيق فوهية المعدة حالة من أحوال الانيميا الخبيثة التدريجية

ثم انه فى معالجة هذا المرض لم يحصل الى الآن على أدنى فائدة بل وفى الاحوال التى شوهد فيها وقوف مستطيل أو تحسين وقتى بل شفاء سنة مر ظهر ان هذا السيرليس نتيجة المعالجة المتبعة بل نتيجة العمل الحيوى ومع ذلك ينبغى الاجتهاد فى ازالة الاسباب المضرة بواسطة الاغذية الجيدة والهواء الجيد واستعمال الكينة والمشروبات الكولية ولا سيما المركبات الحديدية لاجل مقاومة تقدم المرض بل من الجائز فى الاحوال الغير الثقيلة الحصول على تحسين فى حالة هذا المرض بتلك الوسائط وأما التجارب التى فعلت بقصد عدم وقوع الموت بواسطة نقل الدم لاجل ايقاف سير هذا المرض عقب الابهاض الصناعى فلم يتحصل فيها على نتائج حسنة الى وقتنا هذا

(المبحث الثالث فى الاسكربوط)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا المرض الذى نحن بصدده وكان فى القرون السالفة ذا صفات متلفة زيادة عما هو عليه فى هذا القرن يعبر عنه باضطراب غذائى عمومى كثير الشدة

أو قليلها وهو كغيره من الامراض المودية لسوء القنية ذو وصف خاص وهو انه يصير المنسوجات المختلفة من الجسم مستعدة للارتزفة من جهة ومن جهة أخرى لتغيرات التهابية تريفية والانبهام الذى نحن فيه من حيثية طبيعة هذا المرض كذلك موجود بالنسبة لاسبابه فانه من حيثية أسبابه توجد آراء مختلفة جدا والامر المعلوم من أن الاسكربوط يحصل على صفة الامراض الوبائية أو الوطنية فى المجامع العظيمة من الناس المعرضين لاسباب مضرة بالصحة أيدلنا ان سوء الاغذية والهواء والبقاع والملابس ونحو ذلك له دخل فى احداث هذا المرض وأما صفته النوعية الخصوصية فتظهر أنها تؤيد القول بأن المؤثرات المضرة السببية نوعية فقط فكان يظن على طول الازمان ان السبب الوحيد للاسكربوط هو تارة هذا وتارة ذاك ولا شك أن السبب المهم فى انتاجه هو اضطراب التغذية لا من قلة المطعومات ولا من تعاطى مواد غذائية منفسدة كاللحم العفن والبقسماط الحامل العطن بل من استعمال غذائى وحيد مدة طويلة من الزمن فيه لا توجد بعض العناصر الضرورية للتغذية رأسا أو بعضا بحيث ينشأ عن ذلك ضعف جزئى فى التغذية ونوع التغذية الجزئية هذه يوجد غالبا عند الأشخاص المتعيشة فى المحافل العظيمة المنعزلة كالمعسكر والجيوش والمدن المحصورة والسجون ولاسيما السفن فان غذاءها كان سابقا عبارة عن لحوم مملحة وأثمار مجففة مدة مديدة من الشهور فى أثناء السفر وأما الرأى المنتشر قديما القائل بأن سبب الاسكربوط هو تعاطى ملح الطعام بكمية عظيمة بواسطة اللحم المملح والمدخن فقد رفض الآن بالكلية فانه لم يحصل مدة الاوبئة الاخيرة العديدة من هذا المرض تعاطى مقدار عظيم من الملح والذى اتفق عليه الآن ان الفقد التام من الجواهر الغذائية الحديثة كالخضراوات والسلاطات والبطاطس وكذا اللحم الحديث هو السبب الغالب فى احداث الاسكربوط ولاجل اعتبار أحوال التغذية كسبب للاسكربوط قد نبه جارود ابتداء على أن جميع الجواهر الغذائية التى يكون تعاطيها وحيدة يحدث غالبا الاسكربوط كاللحم المملح والاثمار المجففة والخبز الجاف ونحو ذلك يوجد فيها مقدار قليل من كربونات البوتاسا لا كالمطعومات الاعتيادية بخلاف

الجواهر الغذائية التي ينتج عنها شفاء الاسكربوط كالبطاطس والخضراوات الحديثة والسلاطات واللحم الحديث فانها تحتوى على كمية كافية من ملح البوتاسا ومع كون نظريات جارود قد قوبلت بالقبول واستحسنها كثير من المؤلفين فى الاكيد الثابت انه شوهدت أوبية لم تنقص فيها الاغذية النباتية الحديثة الكثيرة القلى ولذا لا يشك فى انه يوجد مع أحوال التغذية المذكورة مؤثرات مضرة أخرى تساعد معها على احداث هذا المرض وربما استقلت فى احداثه بنفسها وذلك كالمشاق الجسمية العظيمة والبرد والرطوبة والمساكن الرطبة وشدة الحرارة وجفاف الهواء والمؤثرات النفسية المحزنة المستمرة وبالجملة فقد قال بعضهم بوجود أصل مسم اعنى ميازما اسكربوطية لكن هذا الرأى لم ينبن على أساس متين

﴿ الصفات التشريحية ﴾

يظهر فى جثث الهالكين بالاسكربوط متى استمر هذا المرض زمنا طويلا نحافة عظيمة واوذيما خفيفة لاسيما فى الاطراف السفلى ويكون لون سطح الجلد وسخا ترابيا ومغطى بقشور بشرية جافة منفصلة ويوجد فى اصقاع متعددة من الجسم غش أو بقع ايكموزية عظيمة فى جوهر الجلد وزيادة على ذلك يوجد اسفل الجلد وبين العضلات او فى نفس العضلات وهو نادر وتحت اسمحاق انسكابات دموية حديثة او قديمة مستحيلة الى مواد مسمرة متكاثفة ويوجد فى كل من تجويف البلورا والتامور والبريتون والمحافظ المفصلية انسكابات مصلية مدممة اودموية محضة وآثار تغيرات التهابية وبقع دموية فى الاغشية المصلية وتكون الرئتان منضغطتين بدرجة متفاوتة بسبب الانسكابات البليوراوية واما الاجزاء غير المنضغطة منها فانها تكون محلسا لاوذيما دموية بل ونضح التهابى وكل من الكبد والطحال والكليتين يكون مرصعا ببقع ايكموزية ومسترخيا ومحتويا على كثير من الدم ومتشبعا به وغشا المعدة المخاطى والمعوى يكون مرصعا ببقع دموية ولاسيما الغشاء المخاطى اللعى الغليظ فانه يكون متغيرا تغيرا عظيما مرشحا بالدم مسترخيا ومغطى بقروح جرابية عديدة والدم يكون غالبا ذا لون اسمر مائعا او منعقدا وفى الاحوال المزمنة من هذا المرض يكون صافيا مائيا والى الآن لم توجد صفة

خاصة بالدم الاسكر بوطى وأما القول بتناقص مادته الليفية الذى كان يتمسك به قديما ويوجه استعداد المرض للنزيف فليس قار الثبوت ولاخاصا بالاسكر بوط وعين ذلك يقال بالنسبة للتغيرات الواصفة التى تعترى الكرات الدموية الحمراء والعديمة اللون بالنسبة لشكلها وعددها فان هذا لا يعتبر واصفا للدم الاسكر بوطى وبالنسبة لكمية المواد الزلالية والاملاح فالاقاويل فيها مضطربة بحيث لا يمكن استنتاج صفة مخصوصة بالمصابين بالاسكر بوط من هذه الاقاويل

﴿الاعراض والسير﴾

علامات الاسكر بوط الابتدائية هى فى معظم الاحوال عين علامات سوء القنية العمومى الذى يحصل تدريجا فالمرضى تشتكى بضعف وتعب عظيمين لاسيما بثقل رصاصى فى الاطراف السفلى ويحصل عندهم اساءة فى أخلاقهم ولا يمكنهم اتمام أشغالهم ولو خفيفة ويحصل لهم نوع يأس عظيم ومع ذلك يفقد المريض نضارة وجهه فيصير باهتا وسخا وتكتسب الشفتان هيئة مزرقة وتغور العينان فى الحجاج وتحاطان بهالة مزرقة وجسمهم يتناقص سمنه وينضم لذلك آلام ممزقة شديدة فى العضلات الارادية والمفاصل كثيرا ما تشتبه بالالام الروماتيزمية وزيادة عن ذلك فقد يحصل عندهم ارتقاء عظيم فى الحساسية من انخفاض درجة الحرارة وزيادة فى تطلب النوم ويحصل ضعف فى انقباضات القلب يتضح بصغر النبض واسترخائه وبطئه ثم بعد استمرار هذا الدور الابتدائى نحو أسبوع أو عدة أسابيع تتضح علامات الاضطرابات الغذائية الموضعية الخاصة بالاسكر بوط ومع ذلك فتبعا للمشاهدات ربما توجد أحوال فيها يبتدئ الاسكر بوط بعلامات اضطراب التغذية المذكورة من أول وهلة ثم تطرأ علامات سوء القنية العمومى عندما يكون قد اعترى اللثة التغير المرضى الاسكر بوطى والجسم مغطى ببقع اسكر بوطية

وفى معظم الاحوال يبتدئ التغير المرضى الاسكر بوطى الموضعى باللثة فالغشاء المخاطى الفمى يظهر ابتداء أحمر داكنا ثم يصير لون الحافة السائبة من اللثة خصوصا حذاء الاسنان القواطع أحمر مزرقا داكنا ثم تنتفخ بحيث

ان امتداد انتهاء الزاوية التي بين الاسنان يصير على هيئة انتفاخات عقدية
وحينئذ تصير اللثة الملتهبة كثيرة لالم وابا ميل عظيم للادماء ويحصل في
انضمامها مع الاسنان استرخاء ثم يمتد تغير اللثة تدريجا من جزئها المغطى
للاسنان القواطع من الامام الى المغطى لها من الخلف ومن القواطع الى
الاضراس وحينئذ يتصاعد من المرضى رائحة كريهة من الفم ومن المهم
أن نذكر ان أجزاء حافة الملك التي ليس بها أسنان ولا ثنيات لثوية تبقى اللثة
فيها سليمة وانه عند الاشخاص الفاقدين للاسنان لا يحصل الالتهاب
الفمي الاسكربوطي مطلقا ثم ان الاصابة اللثوية لا تكون على الدوام
الاصابة الاولية من التغيرات الموضعية الاسكربوطية فقد ذكر سبجكا
أحو الا فيها سبقت الاصابة اللثوية انزفة دموية جلدية وأوذيما الاقدام
وارتشاحات مؤلمة في المنسوج الخلوي وأما الانسكابات الدموية التي تحصل
في جوهر الجلد فانها تكون غشا صغيرا مستدير احيانا وتارة بقعا اكيموزية
ممتدة وتكاد تظهر ابتداء في الاطراف السفلى ثم تنتشر في جميع الجسم
لا سيما في المحال المعرضة لمؤثرات ميخانيكية ولو خفيفة فانها تصير محلسا
لايكموزس ممتد ففي الوباء الذي شاهده سبجكا في مدينة براج اتضح تأثير
المؤثرات الميخانيكة جدا فكانت عند أغلب الاشخاص الاطراف السفلى
هي المصابة لاسيما الركبتين وأما عند كساري الحطب والمشتغلين بادارة
دولاب غزل مثلا فكان المصاب الذراع الايمن وعند ماشطات الصوف
والغسالات فكانت تصاب أطرافهن العليا وعند النساء على العموم محل
أربطة الجرابات ونحو ذلك والبقع الايكموزية التي تكون ابتداء بنفسجية
بل مسودة داكنة تظهر تغيرات اللون الاعتيادية للدم المنسكب عند زوالها
فتصير مزرقة ثم مخضرة ثم مصفرة وان حصلت بقع جديدة في أثناء زوال
الانسكابات الدموية شوهد على جلد المرضى بقع مزرقة داكنة أو مصفرة
مخضرة وقد ينشأ عن الانسكابات الدموية المحدودة أو الالتهابات الجلدية
النزيفية فقاعات ممتلئة (وهي الفرفورية الدموية البصلية وتعرف بالانفيجوس
الاسكربوطي) وهي ان انفجرت ولم تعالج بالدقة اخلفها قروح مستعصية
وهذه القروح تتكون أيضا عند بعض المرضى عن تقرح الجلد المرتشح

بالدم (وهو المعروف بالقرحة الاسكربوطية) وتتصف بما التهابا الوسخه
الىنفسجية وبالتحببات الرخوة الاسفنجية السهلة الادماء المغطية لقاعها
وأما الارتشاحات الدموية أو الالتهابية المدممة للمنسوج الخلوى تحت الجلد
أو بين العضلات فانها تكون أوراما اما تحت الجلد مستديرة رخوة ابتداء
من حجم الجوزة الى قبضة اليد ومحلها الاعتيادى الاطراف السفلى ويندر
وجودها فى العليا والبطن والعنق والوجنتين وتحدث الاماقليلة وتكون
مغطاة بجلد ذى لون اعتيادى طبيعى أو مرتشح بالدم أو انها تظهر على هيئة
تيبسات منتشرة ممتدة فى ثنية الركبتين وسمانة الساقين والجبهة الانسية
من الفخذين وتكون عظيمة التيبس وبضغطها على العضلات تمتنع حركات
الطرف المصاب بل تتعذر جدا والجلد المغطى لتلك التيبسات المنتشرة
لايمكن تزحزحه ويكون اما مرتشحا بالدم أو طبيعى اللون والارتشاحات
الالتهابية اما أن تتكون بالتدريج أو فجأة وفى الحالة الاخيرة يكون
مصحوبا بالام وحركة حمية وتحلل هذه الارتشاحات بطئ للغاية بل والعضلات
نفسها لاسيما المستقيمة البطنية وعضلات القطن والصدر قد تكون محلسا
لارتشاحات نزيفية التهابية وحينئذ تظهر هذه البورات العضلية مالم يكن
المنسوج الخلوى تحت الجلد وبين العضلات غير مرتشح كذلك على هيئة
تيبسات محدودة جدا ويكون الجلد الذى فوقها سهل الحركة ولونه غير متغير
زيادة عن النزيف اللثوى الذى يندر ان يفقد ويشاهد عند بعض المرضى
أنزفة من أغشية مخاطية أخرى لاسيما الانف والشعب والمعى والرحم وكذا
قد يشاهد كدم الملتحمة وانسكابات دموية فى خزانتى العينين ورمد خبيث
ولا يندر مشاهدة أورام دموية ونقط أو دموية التهابية تحت السمحاق
العظمى لاسيما فى الاجزاء السطحية الوضع المعرضة لمؤثرات خارجية
كالقصبة والاضلاع والفك السفلى (وهذا هو المسمى بالالتهاب السمحاقى
الاسكربوطى) وينتهى اما بالتحلل أو بتنكرز محدود وزيادة عن ذلك
تشاهد اصابات مفصلية التهابية مصحوبة بانسكاب مصلى دموى (وهذا
هو المسمى بالالتهاب المفصلى الاسكربوطى) وانتفاخات مؤلمة فى الاطراف
المفصلية للعظام مع انفصال الغضاريف ولين التهابى فى الشبيه العظمى

وأما التهابات الاعضاء الباطنية لاسيما التهاب التامور والبليورا الاسكربوطى فانهما بالنسبة لاعراضهما لا يختلفان عن الالتهابات الاولية لتلك الاعضاء وكثيرا ما يحصل افراز غزير جدا فى هذين التجويفين بحيث يقع المريض فى خطر الاختناق ومع ذلك فقد شاهدنا انسكابات تيمورية وبليوراوية عند المصابين بالاسكربوط زالت بسرعة وقد تحصل فى بعض الاحوال أنزفة سحائية مصحوبة بظواهر انضغاط الدماغ الشديد جدا أو نشب سكتية يؤدى كل منهما الى الهلاك بسرعة وقد يظهر الاسكربوط فى بعض الاحوال بالنسبة لاختلاف الاعراض السابقة وتعاقبها غير المنتظم صورة مرضية متنوعة ــــ وسير الاسكربوط مزمن وقد يكون مستعصيا متى كانت المؤثرات التى تنشأ عنه مستمرة وفى مثل هذه الاحوال المستطيلة يصل انحطاط المرضي الي أشد الدرجات فتقع فى الاغماء عندما تريد الجلوس وتشتكى بخفقان مؤلم وعسر فى التنفس وانقباضات القلب تصير ضعيفة سريعة وتظهر فى المنسوج الخلوى تحت الجلد أوذيما ممتدة ويكتسب كل من اصابة اللثة والبقع الاكيموزية والارتشاحات اليابسة للمنسوج الخلوى وغيرها من الاصابات الموضعية شدة وامتدادا عظيمين ومما ينبغى التنبيه عليه انتقال حالة المرضى بسرعة وتحسينها الذى يعقب الاحوال الميؤس منها فى زمن قليل بحيث يبتدى الشفاء بسرعة متى زالت المؤثرات المضرة ووضعت المرضى فى شروط صحية جيدة وعلى العموم فالمرضى المصابة بالاسكربوط تتم نقاهتها وشفاؤها ببطء عظيم ويكون عندها استعداد للنكسات والانتهاء بالموت فى هذا المرض يحصل اما بعد مدة مستطيلة بظواهر النهوكة العظيمة والاستسقاء العمومى أو يطرأ بسرعة قبل وصول الضعف الى درجة عظيمة بواسطة الالتهاب البليوراوى أو التاموزى أو الاسهال الغزير المدمم أوعقب اصابة المعى الغليظ أو غيرها من العوارض والاحوال الخفيفة من الاسكربوط ذات المدة القصيرة وسوء القنية الخفيف والاصابات الموضعية الخفيفة السطحية الغير المصيبة للاعضاء والاجهزة الرئيسة انذارها جيد على العموم سيما متى أمكن وضع المرضى فى شروط صحية جيدة والاحوال المغايرة لذلك تكون بالعكس انذارها غير جيد وتبعا للتجاريب دوشك التى فعلها

فى ستة أشخاص مصابة بالاسكربوط لم يحصل فقط عند ارتقاء هذا المرض تناقص فى كمية البول بل كذلك فى جميع أجزائه الصلبة ما عدا البوتاسا وحمض الفسفوريك وعند طر والتحسين تزداد كمية البول ثانيا ويقل الاختلاف العكسى من الاجزاء الصلبة والحركة الحية تفقد فى الاحوال الخفيفة من الاسكربوط وأما فى انتهاء سيره هذا المرض لاسيما فى الاحوال الثقيلة فان لتغيرات الموضعية الالتهابية تكاد تصطحب على الدوام بالحمى

﴿المعالجة﴾

الاسكربوط قل جدا فى العصر المستجد بواسطة قصر الاسفار بالسفن البخارية ووضع المؤنة الكافية فيها من الاغذية والمواد المضادة لهذا الداء كعصارة الليمون والجرجير والخضراوات والبطاطس وحفظها على حالة جيدة فى محافظ من الصفيح وغلقها غلقا محكما وكذلك تناقص هذا الداء فى القرى والبلدان التى كان يوجد فيها سابقا بكثرة وذلك بتحسين حالة المساكن وشروطها الصحية وكذا الاغذية بالنسبة للفقراء بحيث لا نطيل الكلام على الوسائط الواقية من الاسكربوط وان ظهرت بعض الاحوال من هذا الداء فى المجامع العمومية وخشى من انتشاره انتشارا وبائيا وجب التمسك بالوسائط الصحية الواقية وهى عبارة عن النظافة التامة والتدثر بالملابس المدفئة وتغيير هواء المساكن والرياضة فى الهواء المطلق والحصول على ماء عذب للشرب واغذية مناسبة كاللحوم والخضراوات الحديثة وانواع السلاطات والبوزة الجيدة والقهوة والنبيذ العتيق

وعند اتضاح الاسكربوط ينبغى استعمال النباتات المجهزة بالضبط المأخوذة من الفصيلة الصليبية نحو الجرجير والكرنب والقرنبيط والفجل وحشيشة الملاعق وغير ذلك فانها جيدة التأثير بخلاف خلاصتها فانها عديمة المنفعة فيعطى من العصارة الحديثة من ٦٠ الى ١٢٠ جراما وزيادة عن ذلك فلعصارة الاثمار الحمضية تأثير جيد كالليمون والكرزوتوت الارض والتفاح ونحو ذلك وارتكانا على القول بأن منفعة عصارة تلك الاثمار مبنى على احتوائها على حوامض نباتية قد أوصى باستعمال حمض الطرطريك والليمونيك فى هذا الداء لكن لم تؤيد التجارب حقيقة تلك النظريات وأما

النظريات الاخرى القائلة بان احتواء تلك الجواهر النباتية على البوتاسا هو المؤثر فيرتكن اليها وهي مطابقة لنظريات جارود القائلة بأن منشأ الاسكربوط هو تناقص احتواء المنسوجات على البوتاسا أعني البوتاسا العضوية لا البوتاسا الدموية لكن النتائج العلاجية التي تحصل عليها باستعمال الاملاح القلوية النباتية النقية كخلات البوتاسا وليموناتها غير عديدة وغير كافية حتى ينتفع بها في اثبات نظريات البوتاسا في الاسكربوط ومن الممدوح بكثرة في هذا المرض ما أوصى به (فيمن) وهو خميرة البوزة التي تعطى من ١٨٠ الى ٣٠٠ جرام في اليوم وعندما يزداد الضعف وسوء القنية تستعمل مع النجاح الجواهر المرة والعطرية كالاستحضارات الكينية ولاسيما المركبات الحديدية ومن المهم جدا الاعتناء بالتدبير الغذائي الصحي طبقا لما ذكرناه في المعالجة اللائقة واصابة اللثة تستدعي غسل الفم مرارا بالماء أو بمحلول الشب أو التنين أو كلورات البوتاسا ومس قروح اللثة الدامية بمحلول الحجر الجهنمي والبقع الايكموزية والارتشاحات الدموية تستدعي استعمال المكمدات والغسل بالخل العطري وروح الكافور ونحو ذلك وكل من انزفة الاعضاء الباطنية والتهاباتها تعالج مع اعتبار حالة الضعف العظيمة طبقا للقواعد العامة

(المبحث الرابع)

(في الداء النمشي لورلهوف)

الداء النمشي لورلهوف يقرب بالكلية من الاسكربوط عن ظواهره الواصفة مبنية كذلك على خروج الدم من الاوعية الشعرية للجلد والاغشية المخاطية لكن في هذا المرض لا تصطحب الانزفة الشعرية بالاصابة الخاصة بالفم ولا بالانسكابات الواصفة تحت الجلد وبين المنسوج العضلي ولا بالتهابات نزيفية في الاغشية المصلية كما ذكرناه في اعراض الاسكربوط وبالاقل فانزفة الاغشية المصلية وتكون أورام دموية في المنسوج تحت الجلد أو بين العضلات والانزفة السحائية ونحو ذلك لا تحصل في هذا الداء الا بكيفية استثنائية

ثم ان أسباب تمزق الاوعية الشعرية في داء ورلهوف غير واضحة ومن امتداد

الانزفة

الشعرية فى أقسام مختلفة من الجسم وكثرة وجود هذا المرض عند
الاقوياء البنية والنقهين من الامراض الثقيلة والساكنين فى أماكن رطبة رديئة
المتعيشين فى أوساط صحية غير جيدة يقرب من العقل ان الحالة المرضية
لجدر الاوعية متعلقة برداءة تغذيتها اما العدم كفاية العنصر المغذى أورداءته
لكننا من جهة أخرى نرى اصابة الاشخاص الاقوياء البنية المتعيشة فى
أوساط صحية جيدة ولا يتوهم ان عندهم أدنى تغير فى صفات الدم
وفى بعض الاحوال يكون ظهور نكت فورفورية عديدة على الجلد هو العلامة
الابتدائية لداور لهوف وفى أحوال أخرى تسبق ارزفة الجلد ببعض أيام
أو أسابيع باضطراب خفيف فى الهضم واضطراب بنيى عمومى وتعب وانحطاط
بل وبحمى لكن لا يبتدى هذا المرض البتة بعلامات سوء القنية الثقيل كما
فى الاسكربوط والنكت الفورفورية تكون عادة فى حجم حب الشهدانج
او العدس وبندران تكون عندة ايكموزية ومجلسها غالبا الاطراف لا سيما
السفلى والجذع ومع ذلك فلا أقل من أن يكون الوجه مغطى بنكت عديدة
وعندما تصير النكت الابتدائية مخضرة او مصفرة تظهر نكت دموية جديدة
وقد تخرج فى بعض الاحوال نقط دموية من مسام الجلد بدون تجويز تسمية
ذلك بالعرق النزيفى وكذا يشاهد فى الاغشية المخاطية الظاهرة لا سيما
تجويف الفم والحلق بقع نكتية صغيرة ويكثر فى هذا المرض زيادة عما فى
الاسكربوط ظهور ارزفة غزيرة مهلكة من الاغشية المخاطية كالرعاف
الغزير والقيء الدموى والنزيف المستقيمى والبول الدموى والنزيف
الرحمى وكذا قد يحصل نزيف لثوى بدون ان يشاهد الانتفاخ الالتهابى
والتلون الاحمر المزرق فى اللثة كما فى الاسكربوط فان اصاب هذا المرض
اشخاصا سليمين اقوياء البنية من قبل ولم يتكرر النزيف بكثرة من الاغشية
المخاطية كانت الحالة العامة الجيدة للمرضى غير موافقة بالكلية للظواهر
المدركة لسوء القنية النزيفى هذا ومع ذلك فانه يتضح هذا المرض بكثرة الحمى
ولو كانت مفقودة فى الابتداء والارزفة الغزيرة المتكررة يمكن ان ينتج عنها
الانيميا الشديدة والميل للوقوع فى الاغماء والاستسقاء بل والموت وفى غالب
الاحوال ينتهى هذا المرض بعد اسبوعين او اربعة بالشفاء ومع ذلك فعلى

الطبيب ان لا ينسى ان بعض احوال هذا المرض ولو الخفيفة في الابتداء قد تنتهي فيما بعد بالموت بواسطة الانزفة الغزيرة المتكررة المستعصية وأما تشخيص هذا المرض فليس من الممكن على الدوام تمييزه من جهة عن الفرفورية البسيطة والروماتزمية التي سبق ذكرها ومن جهة اخرى عن الاسكربوط فانه يوجد ولا بد تنقلات بين هذه الامراض واستحالة بعضها الى الآخر بل ومن الجائز اختلاط داء ورلهوف الذي يصطحب ايضا بسوء القنية النزيفي وان كان ذلك ليس على الدوام بالليكيميا الحقيقية والكاذبة وبالانيميا الخبيثة ونحو ذلك

ثم ان المعالجة الاعتيادية الموصى بها في داء ورلهوف النمشي هي عبارة عن استعمال حمض الكبريتيك والاستحضارات الكينية كما اوصى به ورلهوف نفسه وهذه المعالجة ولو لم يثبت ان لها تأثيرا واضحا جيدا في سير هذا المرض فلا بد من اتباعها لعدم وجود طرق علاجية اخرى أكدوا نفعها فيعطى في الايام الاول من هذا المرض حمض الكبريتيك المخفف او الاكسير الحمضى لهالير من عشر نقط الى اثنى عشرة نقطة كل ساعتين في صواغ غروى ابتداء ثم في مغلى الكينا وزيادة عن ذلك يعطى محلول فوق كلورور الحديد (من نقطتين الى خمسة في صواغ غروى كل ساعتين او ثلاثة وخلاصة الايرجوتين وخلات الرصاص وزيت الترمنتينا بقدر جرام او اثنين في اليوم) وجميع تلك الجواهر الدوائية لم تثبت جيدا درجة منفعتها بالتجارب وان حصل رعاف غزير ولم يتيسر ايقافه باستعمال التبريد فلا ينبغي التواني في استعمال عملية السد الانفي فان النزيف عادة كلما استطالت مدته ازداد استعصاؤه ويضارب القيئ الدموي باستعمال قطع الجليد الصغيرة ومصل اللبن مع الشب والمكمدات الباردة على البطن والبول الدموي بالتنين بمقادير عظيمة ومن المهم ملاحظة المريض للراحة التامة في الفراش في ابتداء هذا المرض واستعمال تدبير غذائي مغذ وغير منبه وانما عند وجود درجة ضعف عظيمة خطرة لا مانع من استعمال المنعشات كالنبيذ والكونياك والكافور وعند ارتقاء الخطر جدا يجوز تجربة نقل الدم

*(المبحث

(المبحث الخامس)

(في الايموفيليا اى سوء القنية النزيفى)

يعنى بالايموفيليا سوء القنية النزيفى الوراثى الذى يتصف بشدة واستعصاء غير اعتياديين للانزفة الجرحيه من جهة ومن جهة اخرى بميل عظيم للانزفة الغزيرة الذاتية والى الآن لم يثبت وجود تغيرات مخصوصة فى الدم اوفى جدر الاوعية عند المصابين بسوء القنية النزيفى بها توجه الظواهر المرضية الموجودة عند هؤلاء الاشخاص وهل ذلك ناشئ عن تغير فى صفات الدم التى ينتج عنها تناقص فى مقاومة جدر تلك الاوعية اعنى هشاشة فيها اوازدياد فى اتساع مسامها وهل سبب صعوبة ايقاف النزيف عند مثل هؤلاء الاشخاص ناشئ عن شلل فى الاعصاب الوعائية واسترخاء جدرها كل ذلك لم يتحقق الى الآن ولعله فيما سيأتى يتضح بابحاث جديدة

ثم ان معظم الاحوال المعلومة من الايموفيليا كانت وراثية الينبوع بمعنى ان المرضى كانت متخلفة عن عائلات اعترى احدا عضائها او جملة منها فى الزمن السابق الايموفيليا وهناك امثلة فيها امتدت هذه الحالة فى عائلة من العائلات الى الطبقة الثالثة اوالرابعة منها واخرى كان يترك طبقة ويصيب الاخرى بمعنى ان الايموفيليا لم تعتر الاولاد بل الاحفاد ومن النادر ان يعترى هذا الداء جميع اعضاء عائلة واحدة بل الغالب ان تبقى البنات مصانات منه وهناك مشاهدات اكيدة يستنبط منها ان الايموفيليا قد تنشأ عن استعداد عارض خلقى غير وراثى ومما ينبغى ذكره وجود الرعب العظيم الغير الاعتيادى فى العائلات المعترى بها سوء القنية النزيفى

ثم ان الايموفيليا لا تتضح ولا تعلم قبل ان يستدل من التجارب على ان كل جرح ولو واهيا ينتج عنه نزيف يعسر ايقافه و يهدد الحياة فانه لا يوجد عند المريض قبل ذلك عرض من الاعراض يدلنا على الخطر الواقع فيه المريض فان بعض المؤلفين وان ذكر ان الاشخاص المعترى بها سوء القنية النزيفى تتصف بدكنة لونها وشفوفية اوعيتها السطحية وشقرة شعرها وزرقة اعينها ونحن قد شاهدنا ذلك ايضا فى عائلة الا ان هذه الصفات كانت موجودة عند الاناث غير المصابات بهذا المرض وبعض المؤلفين ذكر ان الهيئة الظاهرة

قد لا تكون واصفة لهذه الحالة والجروح التي ينتج منها انزفة خطرة للغاية عند مثل هؤلاء الاشخاص هي قلع احدى الاسنان والوخذ والتشاريط والشقوق الصغيرة أو لذع علقة بل يكاد يظهران مثل تلك الجروح الواهية أكثر خطرا بالنسبة للمرضى من الجروح العظيمة والدم يسيل من الجرح بدون ان يرى فيه وعاء دام فكأنما يسيل من قطعة اسفنج وجميع التجارب التي تفعل لقطع النزيف لا تثمر فانه قد يستمر جملة أيام والدم الذي يكون ابتداء منعقدا ممرا يصير فيما بعد رقيقا مائعا ولا يكون الا تعقدات واهية ثم تكتسب المرضى هيئة باهتة شمعية وتصير الشفتان فاقدتى اللون ويحصل الاغماء وغير ذا من علامات النزيف والمرضى قد تهلك من اول نزيف لكن الغالب وقوفه فالمرضى المتروكة لا تعود لقواها الا ببطء من الفقد الدموى العظم البالغ جملة أرطال الى أن تقع فى خطر آخر بواسطة جرح آخر وزيادة عن هذه الانزفة الخطرة يحصل عند المصابين بسوء القنية النزيفى عقب الرض الخفيف انزفة ممتدة فى جوهر الجلد والمنسوج الخلوى تحته فقد ذكر وندرليش انه قد شاهد عند طفل وقع له عقاب فى مدرسته اورام دموية واشرطة كدمية عظيمة ذات لون مزرق او محمر بحيث ان اهله اقامت دعوة على سوء المعاملة وقساوتها ثم اتضح فيما بعد ان الطفل كان معتريه سوء القنية النزيفى —— واما الانزفة الذاتية التي تطرأ عند المصابين بهذه الحالة بدون اسباب مدركة فانها لا تظهر فى احوال الاپوفيليا الا بعد حصول انزفة جرحية متكررة واكثرها حصولا الرعاف ومع ذلك فقد تحصل انزفة شعبية اومعدية اومعوية وكذا انزفة ذاتية فى جوهر الجلد والمنسوج الخلوى تحته وهذه الانزفة قد تسبق ببعض ظواهر مرضية كالخفقان والضجر وعلامات اتجاه الدم نحو الدماغ وآلام الاطراف وانتفاخات مؤلمة فى المفاصل لاسيما مفصل الركبة والقدم وعند البنات يحصل الطمث متقدما وغزيرا جدا بكيفية غير اعتيادية وفى بعض الاحوال التي ذكرها كيرلم يكن وجود الابتداء عند البنات علامات واضحة لهذا الداء ثم عند تقدم السن وحصول الحمل عندهن تصير علامات سوء القنية النزيفى واضحة وسير الاپوفيليا يختلف فهناك احوال

يشاهد فيها انزيف من السرة عند الاطفال بعد الولادة ولا يمكن ايقافه لكن الغالب ان لا يحصل النزيف الا في اثناء التسنين اوفي السنة السادسة او الثامنة اومتأخرا عن ذلك وغالب المصابين بسوء القنية النزيفي يهلكون بسرعة فقليل منهم من يجاوز سن الطفولية ومع ذلك فهناك احوال معلومة فيها وصلت المرضى الى سن متقدم جدا بعد تناقص هذا المرض اوانطفائه بالكلية

ثم انه لم يوجد عندنا وسائط علاجية بها يمكن ازالة سوء القنية النزيفي الخلقي ولذا نقتصر بواسطة تنظيم المعيشة ومنع المؤثرات المضرة على تحسين حالة التغذية العامة والبنية بتمامها حتى يزول هذا الداء الخطر ومن الواضح انه ينبغي تجنب حصول الجروح ولو الواهية وان حصلت انزفة ذاتية مع ظواهر الاحتقان وجب استعمال ملح جلوبير بمقادير مسهلة والحوامض والديجيتالا ونحو ذلك وان كان النزيف ناشئا عن جرح وجب استعمال الضغط الموضعي اما بواسطة الاصبع او الرفائد المدرجة او السد فهو اهم الوسائط ومع ذلك يجوز مس الجرح بالحجر الجهنمي او بمحلول فوق كلورور الحديد مع استعمال التبريد ويستعمل مع ذلك من الباطن كل من الجويدار وخلات الرصاص بمقادير عظيمة متكررة ـــــ وقد اوصى كثير عند النساء الحوامل المصابات بالايموفيليا باحداث الاجهاض بالصناعة او التوليد المبكر خشية من حصول الانيميا الخطرة التي تنتج عن تكرار النزيف عندهن وفي الانيميا الذاتج عن الانزفة المتكررة انيميا شديدة وجب استعمال المركبات الحديدية والنبيذ والاغذية الجيدة ومع ذلك فليس من الجيد كما ذكره ايمر من المبادرة باستعمال المنعشات فان الاغماء الذي يطرأ في اثناء سيلان النزيف غير الممكن ايقافه قد يكون هو الواسطة الوحيدة في الحياة بايقافه له

(المبحث الرابع)

(في الاسكروفيلوزا المعروف بداء الخنازير)

(كيفية الظهور والاسباب)

يعني بلفظ داء الخنازير حالة مرضية في الجسم متصفة باستعداد واضح

لظهور اضطرابات غذائية مخصوصة فى الجلد والاغشية المخاطية والعظام والحواس ولاسيما فى العقد الابنفاوية ويجوز التعبير عن بنية الشخص الموجود فيه هذا الاستعداد المرضى لتلك الاضطرابات الغذائية بانها خنازيرية ولو لم يكن معتريه فى الحالة الراهنة احد تلك الاضطرابات وقد تركت الآن النظريات القائلة بأن داء الخنازير مبنى على وجود خلط دموى مرضى (اى سوءقنية) وان الاضطرابات الغذائية التى تشاهد عند المصابين بداء الخنازير تنشأ عن تراكم الخلط الخنازيرى السابح فى الدم والعصارات فى المنسوجات المختلفة من الجسم فان التغيرات التى تظهر فى الجلد والاغشية المخاطية والمفاصل والعظام واعضاء الحواس عند الاشخاص الخنازيريين عبارة عن تغيرات التهابية ولاتتميز فى شئ عن الاضطرابات الغذائية الالتهابية التى تحصل عند الاشخاص الغير الخنازيرى البنية وصفاتها المخصوصة تتضح فقط من سيرها البطيئ وميلها للنكسات وبكونها الشدة تأثر المنسوجات تكفى المنبهات ولو الواهية جدا فى احداثها فانه لايتيسر ذكر الصفات الخاصة بطفح خنازيرى او باصابة مفصلية خنازيرية مثلا وتمييزها عن طفح اوداء مفصلى غير خنازيريين بل والاستحالة الجبيئة التى كثيرا ما تعترى المتحصلات الالتهابية ليست واصفة ايضا للاضطرابات الغذائية الخنازيرية بل ان هذه خاصة مشتركة بينها وبين غيرها من الاضطرابات الغذائية الاخرى التى تكون ذات سير بطيئ وميل قليل نحو الفساد والتقيح أو التحلل ايضا ثم انه وان كانت الاصابة المرضية لعضو من الاعضاء لاتظهر صفات مخصوصة بها تعرف طبيعتها الخنازيرية فمع ذلك يندر الوقوع فى الشك فى كل حالة راهنة فى معرفة الطبيعة الخنازيرية لتلك الاصابة من عدمها فانه ان كان السبب المضر الذى بتأثيره احدثها واهيا جدا بحيث قد يختفى علينا واتضح لنا ان الاصابة على مايقال ظهرت من نفسها وظهرت تلك الاصابة اومايماثلها جملة مرات بدون سبب مدرك وكانت متضاعفة بعدة من الاضطرابات الغذائية الاخرى لاسيما بالتهابات مزمنة مستعصية فى العقد الابنفاوية جاز ولابد تسميتها بالخنازيرية واما ان وجدت اسباب ظاهرة بتأثيرها على الجسم يمكن توجيه ظهور الاصابة

الموجودة واستعداؤها بدون الالتجاء الى القول باستعداد مرضى مخصوص وكانت تلك الاصابة منفردة ولم تكن مرتبطة باصابة مرضية من نسبة فى العقد الليمفاوية جاز تسميتها ولا بد بغير الخنازيرية ولو كان لها مشابهة عظيمة بل مماثلة تامة بالنسبة لاوصافها الظاهرة بينها وبين الآفة الخنازيرية ثم ان داء الخنازير يكون فى الغالب خلقيا وراثيا أكثر من كونه عارضيا أى حاصلا بعد الولادة

فاما داء الخنازير الخلقى فيوجد فى الغالب عند الاطفال المولودين من أبوين كانا خنازيرى البنية فى شبوبيتهما فهنالك عائلات يكون داء الخنازير فيها مصيبا لجميع الاطفال بل أغلبها ومن قبيل هذا الشكل الوراثى بالمعنى الحقيقى داء الخنازير الذى يصيب الاطفال التى كان اباؤها مسدة التناسل أو امهاتها فى أثناء الرضاعة مصابة بداء السل أو السرطان أو الزهرى العتيق أو غيرها من أمراض سوء القنية المنهكة وكذا داء الخناز ير الذى يصيب الاطفال المتخلفة عن أبوين متقدمين فى السن جدا مدة التناسل وحيث اننا نعلم ان كثيرا من الاضطرابات الجسمية والعقلية تنتقل من الابوين الى الاطفال فلا غرابة ان الاطفال المتخلفة عن أبوين مريضين ضعيفين تولد مع استعداد عظيم للمرض دون المتخلفين من أبوين سليمين قويى البنية وأما القول المنتشر جدا بوجود داء الخنازير الخلقى عند الاطفال المتخلفة من أبوين بينهما قرابة قريبة فليس واضحا ولا قريبا من العقل ــ ولنضف الى ماذكرناه ان داء الخنازير الخلقى لا يعترى جميع الاطفال المتخلفة عن أبوين خنازيرى البنية أو ضعيفيها أو متقدمين فى السن ولا جميع الاطفال المتخلفة عن أبوين بينهما قرابة بل ان عددا عظيما من تلك الاطفال يولد بدون استعداد مرضى واضح كما انه من جهة أخرى نذكر انه قد يوجد داء الخنازير الخلقى عند اطفال ليس موجودا فى أهلها أحد الامور السابق ذكرها

وأما داء الخنازير العارض فانه يتضح على الخصوص عقب مؤثرات مضرة تعوق نمو جسم الاطفال نموا صحيا فى السنين الاول من الحياة وأهم تلك المؤثرات المضرة التغذية الغير الجيدة ولا سيما التغذية بجواهر كربونية

ادراتية اى مائية وقليلة المواد الازوتيـة التى لا تحتوى على جواهر مغـذية بنسبة حجمها وقد تيقظت الافكار فى العصر المستجد الى الضرر الجائز وقوعه من التغذى بلبن الابقار الضعيفة المصابة بالدرن ووقع الظن بحصول مثـل هذا الضرر بسبب وجود جوهر فى العقد الدرنية عنـد الابقار مشابه لما يوجد فى الدرن الانسانى ولانه ثبت بالتجـارب انه بتطعيـم لبن الابقار الدرنيـة لحيـوانات اخرى امكن احـداث داء الدرن واصابة العـقد الليمفاوية الماساريقية والعنقية عندهم شبيهـا بداء الخنازير الماساريقى عند الاطفال لكن وان جاز الظن والقول بالتأثير المضر لتعاطى مثـل هذه الالبان فلم يكن عندنا فى الحقيقة مشاهدات قطعية من هذه الحيثية وكلما كانت التغذية الغير الجيدة للاطفـال متقدمة الحصول كان خطر اصابتهم بداء الخنازير عظيما ولذا ان الاطفال المتغذية بالصناعة يصاب عدد عظيم منهـا بهذا الداء ومثـل التغذية الغير الجيدة قلة الحركة والرياضة فى الهواء المطلق والحرمان منه فقد جمع هرش عـدة من المشاهـدات التى تثبت ان الاقامة المستمرة فى بيوت اللقطة وتكايا الفقراء والمكاتب والفبريقات ونحو ذلك من الاماكن الغير المتجـددة الهـواء والمحمل هواؤهـا بابخرة مائية وتصاعـدات وتحللات حيوانيـة تساعـد جـدا على ظهور داء الخنازير وان تأثير تلك الاسـباب المضرة بانفرادها يكفى فى احداث هـذا الداء ولو كان فيها اغذية جيـدة وملابس كافية نظيفة ــــ وفى الغالب يظهر هـذا الداء عقب تأثير جملة من تلك الاسباب الغير الصحية وحيث ذكرنا ان المؤثرات المضرة التى تعوق نمو الاطفال نموا صحيا هى الاسـباب الذاتية لداء الخنازير فلابد وان نضيف لذلك ان هذا الداء قد يظهر عند البالغين تبعا للتجارب التى فعلت فى السجون وبيوت الفقراء والشغالين ممن كانت تغذيتهم غـير جيدة ومحرومة من الهواء المطلـق ومعرضـة لمـؤثرات غـير صحيـة اخرى ولا ينـدر ان يعقب بعض الامراض الحادة او المزمنة ظهور داء الخنازير او تكراره ثانيا وذلك يحصل بكثرة كلما كان الشخص حديث السن وغـير تام النمو فمن جملة هـذه الامراض عند الاطفال بعد السعال التشنجى والحصبة والجدرى وبالجملة فلا يشك فى ان تأثير البرد عند الاشخاص المستعدة باحداثه لالتهابات نزلية

في الاغشية المخاطيــة والمؤثرات الجرحيــة باحداثها الالتهابات مستطيلة جبنية يمكن انها تساعد في ظهور هذا الداء ويكثر داء الخنازير عند فقراء المدن والقرا ومع ذلك فهذا الداء ليس بنادر عند الاغنياء بسبب تسلطن الاستعداد الوراثي عنــدهم ويوجد هــذا الداء عند النوعين (اى الاناث والذكور) على حد سوا ويندر وجوده في سن الرضاع لكنه يظهر في جميع درجات سن الطفوليــة الى الخمسة عشر ســنة ولا يحصــل بعـد البـلوغ الا بكيفية استثنائية فظهوره اذ ذاك ظهورا ابتدائيا يعد من النوادر لكن نكساته فيهم كثيرة الوقوع

﴿الصفات التشريحية﴾

حيث ذكرنا ان الالتهابات الخنازيرية ليس لها صـفات خاصـة يجوز لنا ولابد بالنسـبة للتـغيرات التشريحيـة للطفحات الخنازيرية والالتهابات النزلية الخنازيرية ونحو ذلك الاقتصار بالكلية على ما ذكرناه عند الكلام على امراض الجلد بالنسـبة للصفات التشريحيـة للجلد وبالنسبة ايضا للصفات التشريحية للاغشـية المخاطية وانما نضيف لذلك ان التـغيرات الالتهابية عند الاشخاص الخنازيريين تكون غالبا كثيرة الاخلية الحديثـة وبذلك يوجه ميلها للتقيح والاستحالة الجبنية ـــــ وأما شرح التغيرات التشريحية التي تظهر في العظام والمفاصل واعضاء الحواس عند الاشخاص الخنازيرى البنية والتي طبقا لما ذكرناه لا تتميز عن غـيرها بصفات مخصوصة فهـي من خصوصيات علم الجراحة والرمد والفن الاخير هو الذي سبق غيره من الفنون بمعرفة ان الصفات الخاصة بالرمد الخنازيرى دون غيره من التهابات وهـيـة لا حقيقية ـــــ وأما التغيرات التشريحية التي تعتري العقد الينفاوية عند الاشخاص الخنـازيريين فهـي التي نطيل الكلام عليها حيث انها هي الكثيرة الحصول جدا عند الاشخاص المصابين بهذا الداء حتى ان العوام تعتبر داء الخنازير واصابة العقد الينفاوية شيأ واحدا واصابة العقد الينفاوية في الاشخاص الخنـازيريين وان جاز حصولها أحيانا عقب تأثير جرحي لا واسطي أو تأثير البرد ونحو ذلك الا أنها تنشأ في معظم الاحوال عن مهيج يصل اليهـا آت من جذور الاوعية الينفاوية الواصلة لها بحيث ان المهيجات

الحقيقة الواهية جدا المأثرة على الجلد أو الاغشية المخاطية أو الاعضاء الباطنة تحدث انتفاخا في الغدد الليمفاوية عند الاشخاص ذوات البنية الخنازيرية وهذا الانتفاخ قد يصل الى حجم عظيم جدا ومتى كانت جملة غدد مصطفة على خط واحد أو مجتمعة مع بعضها يكون نوع أشرطة عقدية أو حزمة غير منتظمة وهذه الاورام الغددية تكون ذات شكل غير منتظم ومقاومة عظيمة وسطح أملس وهي تنشأ عن ضخامة في الغدة أو وهو الاصح عن نمو خلوي حيث ان جوهر الغدة بتمامه لم يتزايد بل الذي يتزايد هو أخلية الغدد الليمفاوية وحيث ان احتواء تلك الغدد على عناصر خلوية قابل للازدياد والتناقص في الحالة الصحية فلا يستغرب من كون الغدد الليمفاوية العظيمة الحجم جدا لا يندر أن يزول انتفاخه بالكلية ومع ذلك فالتناقص التدريجي لتلك الاورام ورجوع الغدد الى حجمها الطبيعي ليس هو الانتهاء الوحيد لداء الخنازير الغددي — فانه في بعض الاحوال تصير الغدد المنتفخة بنمو خلوي فيها (المعروف بالايبربلاسي) مجلسا للتغيرات التهابية تطرؤ عليها فيما بعد ويشترك في ذلك المنسوج الخلوي المحيط وحينئذ لا يمكن تمييز الغدد من بعضها في الورم العظيم ثم يلتصق الجلد بالورم الكائن أسفل منه فلا يتزحزح عنه والالتهاب الغددي يستحيل عادة الى التقيح وتكون الخراج ثم ينثقب الجلد المسترق جدا بواسطة قيح الخراج فيخلف ذلك قرحة متعرجة ذات حواف منفصلة — وفي أحوال أخرى يحصل الالتهاب والتقيح في جزء محدود من الغدة المنتفخة فقط والقيح المكون لبورة لا يثقب محفظة الغدة بل يتكاثف ويستحيل الى مادة جبنية فان زال انتفاخ الغدة في مثل هذه الاحوال وجدت البورة الجبنية مكونة لشبه عقدة صلبة على السطح الظاهر من الغدة وصيرت شكلها غير منتظم بل والغدة المنتفخة بواسطة النمو الخلوي يمكن أن تعتريها استحالة جبنية جزئية أو كلية بدون ان يسبق ذلك التهاب وتقيح فان حصل ذلك في أجزاء محدودة صار شكل الغدة غير منتظم وزاويا والبورة الجبنية قد تستحيل الى حالة طباشيرية لكنها فيما بعد بتهيجها لما حولها بجسم غريب قد تؤدي لالتهاب مستعص وتقرح في الغدة وبالجملة فقدية تكون درن واضح

في الغدة المتنفخة المتجبنة أو اغير المتجبنة بل وذهب شبل الى ان كل تجبن في الغدد الينفاوية مبني على تكوّن الدرن فيها بخلاف (ورچوف) فانه ذهب كما هو معلوم الى ان الجوهر الجبني قد ينشأ عن تسكرز في جوهر الغدة المعتريها النمو الخلاقي وا انتفاخ ا غدد الينفاوية عند الاشخاص الخنازيريين يكون مجلسه غالبا الع ق لاسيما خلف الاذنين وأسفل الفك السفلي ويمتد الى الكتفين وكثيرا ما تكون الغدد الشعبية والماساريقية عند هؤلاء الاشخاص مجلسا النمو خلوي والا تهابات لهذا الاضطراب الغذائي فحينئذ يجوز تسمية كل من الالتهاب النزلي الشعبي والمعوي الذي ينتج عن انتفاخ الغدد الشعبية والماساريقية واستحالتها الجبنية بالالتهاب الشعبي والمعوي الخنازيريين المستعصيين

﴿الاعراض والسير﴾

قد ذكر في الطب القديم ان الاستعداد للاصابة بداء الخنازير يتضح قبل هجومه باوصاف خاصة في الجسم فتارة تكون الاطفال ذات رأس عظيم الحجم وسحنة غير منتظمة وجسم غليظ وعنق قصير غليظ وطبقة شحمية نامية تحت الجلد ومزاج لينفاوي (وهذا ما يسمى بداء الخنازير الضعفي) وتارة أخرى تكون الاطفال ذات شعر أشقر وجلد رقيق مبيض واوردة بارزة وعضلات دقيقة وجسم لطيف ومزاج حاد ونباهة عقلية جيدة (وهذا ما يسمى بداء الخنازير التنبهي) ولاشك انه يوجد في عدد عظيم من الاطفال الخنازيريين بعض أطفال تتصف ولابد باحدى هاتين الصفتين الجسميتين لكن الغالب أن تكون الاطفال الخنازيرية خالية عن احداهما ولذا ان تمييز داء الخنازير الى ضعفي وتنبهي قليل الجدوى — وليس من الممكن وصف داء الخنازير بشرح جامع بين موجزات الاضطرابات الغذائية المختلفة تتحد مع بعضها في هذا المرض بكيفيات عديدة وذلك انه في بعض الاحوال يتضح قسم من الظواهر المرضية وفي غيرها يتضح قسم آخر وان بعض المرضى ولو مع اصابتهم بشكل من داء الخنازير ذي السير البطيء المستعصي تصاب مع ذلك باشكال خفيفة غير خطرة وبعضهم باشكال خفيفة من هذا الداء وبعضهم يصاب باشكال ثقيلة غير قابلة للشفاء من

الابتداء فلا يوجد مرض من الامراض حينئذ يتضح بغاية متعددة بالنسبة لمجلسه واختلاف ظواهره المرضية مثل داء الخنازير وقد أشرنا فيما سبق في مباحث عديدة الى الارتباط المختفى بين كثير من الامراض وداء الخنازير بل وقد يصيب هذا الداء في كثير من الاحوال بعض أجزاء من الجسم يكون موضوعها في الجراحة أو الرمد أو في امراض الاذن والاصابات الموضعية المختلفة وان لم يشك في كونها تنتج اما عن تأثير أسباب مضرة تكون ذات تأثير مضر بالنسبة لعضو دون الآخر أو عن تناقص في قابلية مقاومة أحد هذه الاعضاء بالنسبة للمؤثرات المضرة العامة فمن النادر مع ذلك امكان اثبات كيف انه في حالة يتضح طفح اجزتيماوى خنازيرى وفي أخرى رمد خنازيرى وفي حالة أيضا مرض عظمى خنازيرى كما وانه من المبهم جدا كون التهابات الغدد الليمفاوية ونموها الخلالي وضخامتها تتضح جدا في حالة دون الاخرى بل ولم يثبت الى الآن ان كان حصول انتفاخ الغدد الليمفاوية عند الاشخاص الخنازيريين من الظواهر الأولية أو بان كان النمو الخلوى في الغدد والتهابها متعلقة بتهيج واصل اليها من بؤرة مرضية مجاورة اى ظاهرة ثانوية أم لا وحيث انه من الجائز اثبات المنشأ الاخير في معظم الاحوال فليس من البعيد عن العقل انه في الاحوال التى فيها لا يتيسر ثبوت ذلك ان حالة التهيج السابقة الحصول في منشئ الاوعية الليمفاوية الواصلة للغدة لمريضة قد انطفى فانه من القواعد العامة ان اصابة الغدد الليمفاوية يستمر زمنا طويلا زيادة عن الاضطراب الغذائى الناشئة هى عنه

فاما الطفح الاجزتيماوى الذى يكون غالبا الظواهر المرضية الابتدائية عند الاشخاص الخنازيريين فمجلسه عادة الوجه وفروة الرأس ويكون في الغالب من جملة أشكال الالتهاب الجلدى السطحى الذى يتكون فيه ضخ غزير الاخلية كثيرا او قليلا على السطح السائب من الجلد وهو المعبر عنه الآن بلفظ الطفح الاجزتيماوى أو الطفح الامبتيجينوزى وكان يسمى قديما بالسعفة وبالبريجينو

وأما الالتهابات الخنازيرية في الاغشية المخاطية فانها تحصل على الخصوص

بقرب

بقرب الفتحات الطبيعية وفيها يشترك فى الاصابة بسهولة الجلد السكائن حول تلك الفتحات سيما ان كان ندى بالافرازالسائل فتلا يتضاعف لزكام الخنازيرى باجزيها فى الشفة العليا والالتهاب الترلى الخنازيرى للقناة السمعية الظاهرة باجزيها حول الاذن والرمد الملتحمى الترلى باجزيها فى الوجنة وكذا قد يمتد الطفح الاجزنيماوى من محيط الفتحات الطبيعية الى الاغشية المخاطية فيؤدى حينئذ الى الزكام أو السيلان الاذنى أو الرمد الملتحمى الترلى فالكثير من الاطفال الخنازيريين هيئة واصفة حقيقة وذلك بواسطة الزكام المزمن مع انتفاخ واحمرار فى الانف وثخن واحمرار فى الشفة العليا وبواسطة الرمد البثرى المصحوب بفزع عظيم من الضوء مع تدمع غزير يلجئ هؤلاء الاطفال للامتناع عن الضوء وغلق الاجفان بقوة بل وتغطية الوجه بايديهم —— وأما الالتهابات الترلية الشعبية والمعوية والالتهابات الترلية التى تصيب بندرة الاعضاء البولية والتناسلية عند الاشخاص الخنازيريين فانها باستعصائها عن الشفاء توقظ الظن بانها تغيرات مرضية خبيثة مفسدة وكذا الالتهابات الترلية الشعبية تؤدى حقيقة بامتداد التغير المرضى الى الاخلية الرئوية واستحالة البورات الالتهابية الرئوية الى الحالة الجبنية وتلاشيها فيما بعد الى السل الرئوى وزيادة على ذلك فقد تلين الغدد الشعبية المتفخة المعتريها الاستحالة الجبنية وتتلاشى فينصب متحصل الكهوف الناشئة عن ذلك فى الشعب وأما الاصابة الخنازيرية المعوية فقد سبق ذكرها

وأما الالتهابات المفصلية الخنازيرية فانها تسير تارة على شكل الورم الابيض وتارة على شكل الالتهاب المفصلى الخبيث الذى يؤدى لتقيح المفصل وتسوس الاطراف المفصلية وانحدارات صديدية مع تكون نواصير والاصابة الخنازيرية فى العظام اما أن تبتدأ بالسمحاق أو بالعظام فتظهر تارة بصفات الالتهاب السمحاقى وتارة بصفات الالتهاب العظمى مع الانتهاء بالتسوس أو بالتنكرز وأما اعضاء الحواس فالغالب أن تصاب الاعين بالتهابات مستعصية لاسيما أجزائها السطحية كالغدد الميبومية (وتعرف بالرمد الغددى الخنازيرى) والملتحمة الجفنية والقرنية بل وقد تعتبر فى الحالة

الراعفة ندب القرنية وتكدّرانها علامات مهمة على الداء الخنازيرى الذى تقدم حصوله فى سن الشبوبية والاذنان قد يحصل فيهما زيادة عن التهاب الاذن السمعية الظاهرة التهابات ثقيلة باطنية فى الاذن مع الالتهاب بتثقب فى غشاء الطبلة أو تسوس فى عظم الصخرة وأما الاعراض المندركة للاصابة الغددية فتتضح مما ذكر آنفا والاورام الغددية الناشئة عن نمو خلائى لاتصطحب بآلام ولا بظواهر حمية لكنها ان وصلت الى حجم عظيم فى العنق فانها لا تشوه المرضى فقط بل تعوق حركة العنق عندهم ايضا وكل من التهابات الغدد المنفاوية والالتهابات الفلغمونية للاجزا المحيطة بها يمكن أن يصير مؤلما للغاية ويصطحب عند امتداده غالبا بحمى متقطعة الشدة ذات ثوران مسائى وحينئذ لا تضطرب الحالة العامة للمرضى فقط بل تنهك قواها وتضطرب تغذيتها اضطرابا عظيما متى استمرت تلك الالتهابات والحمى المصاحبة لها كما هو الغالب جملة أسابيع أو أشهر فان انفتحت الخراجات المتكونة من ذاتها أو بالصناعة ولم تتكون بورات التهابية جديدة زالت الحمى بسرعة وعادت المرضى لقواها تدريجا

وسير داء الخنازير بطئ مستعص فان التحسين فيه يكاد يتعاقب على الدوام بتقهقر دورى فاما أن تتكرر اصابة المريض بقسم من الظواهر المرضية مع الشدة والتزايد أو انه بعد تحسين مجموع الاعراض السابقة أو زوالها بالكلية يطرأ نوع جديد من الاعراض واكثر ماينتهى به داء الخنازير هو الشفاء لاسيما ان عد من هذا القبيل الاحوال التى فيها تحصل سحابات دائرية فى القرنية وندب مشوهة فى العنق والوجنتين وغيرها من الآثار التى لا تحدث اضطرابا فى الصحة العامة وفى زمن البلوغ تزول غالبا الاضطرابات الغذائية الخنازيرية بل والهيئة الخنازيرية ايضا ويندر أن تحدث مؤثرات مضرة تصيب الجسم فى هذا الزمن أو فيما بعد ترددا أو نكسات فى هذا الداء الآخذ فى الانطفاء او رجوعه بعد انطفائه بجملة سنين ويندر أن يطرأ الموت عقب تلك الاضطرابات الغذائية المعبر عنها بالخنازيرية بدون واسطة والذى يهدد الحياة من تلك الاضطرابات الغذائية هى الالتهابات المفصلية والاصابات العظمية وتسوسها كالمفصل العجزى الحرقفى

والفخذى

والفخذى الحرقفى ومفصل الركبة والالتهابات الرئوية الجنبية واصابات المعا والعقد المساريقية المعبر عنها بالسل المساريقى أو الدرن الدخنى وبالجملة نذكر أنه قد يحصل فى أثناء سير التقيحات المزمنة الخنازيرية والاصابات العظمية استحالة نشوية فى الكبد والطحال والكليتين وأما الارتباط بين داء الخنازير والسل الرئوى فقد تقدم الكلام عليه فى مبحث السل الرئوى

﴿ المعالجة ﴾

اما المعالجة الواقية من داء الخنازير الوراثى فتكاد تكون على الدوام خارجة عن دائرة أشغال الطبيب ومما يتمنى طبا ان الاشخاص الخنازيرى البنية والدرنيين والضعفاء البنية والمتقدمين فى السن لا تتزوج راسا وان الاشخاص السليمين الاقوياء لا تتزوج من الأقارب القريبة جدا لكن قول الطبيب بان الزواج بهذه الكيفية ربما يخالفه أعلاه لخنازيرية البنية لايمنع أحدا من تقريبه للزواج واجرائه ـــــ وأما التمسك بوسائط صحية واقية من انتشار الداء الخنازيرى العارضى فأمر ممكن الحصول عليه مع الفائدة العظمى وهذه الوسايط تستنتج مما ذكرناه فى أسباب داء الخنازير العارضى ومن المهم التمسك به ان المحدث لداء الخنازير ليس أحد الاسباب المضرة فقط بل جميع الاسباب الغير الصحية التى تتعرض لها الاشخاص ولا سيما الاطفال فى السن الحديث فكثيرا ما يتوقع الحصول انه من ابتداء ظهور أول علامة لداء الخنازير أو خيف من ظهوره عند الاطفال يمتنع من اعطائهم نحو الخبز والفطير وتفاح الارض ويعطى لهم زيت كبد الحوت بمقادير عظيمة والحال الأنه يسمح ببقائهم طول النهار فى قاعات مظلمة أو اود المدارس المشحونة بعدد عظيم من الاطفال والحال ان الاقامة فى الهواء الجيد المطلق والحركات العضلية الكافية ضرورية جدا بالنسبة للمعالجة الواقية كترتيب التدبير الغذائى وبالنسبة للامر الاخير لابد لنا من ان ننبه على خطأ مشهور ذكرناه عند الكلام على المعالجة الواقية من السل الرئوى وهو الاعتقاد بان تعاطى الخبز وتفاح الارض يعين على ظهور داء الخنازير والدرن الرئوى فتمنع الاطفال من التغذية بتلك الجواهر مع ان هذا التاثير المضر لا ينتج

الا عن تعاطي الاغذية الحيوانية بكمية غير كافية فان تعاطي نحو تفاح الارض وغيره من الجواهر القليلة التغذية بالنسبة لحجمها لا يكون مضرا الا متى كانت هي الوحيدة أو الرئيسة في التغذية وقد ذكرنا فيما تقدم الجواهر الغذائية المعوضة للغذاء الاول عند الاطعام وهو اللبن الام وذكرنا انه عند فقده يعطى دقيق الاطفال للعالم (نسليه) أو اللبن المضغوط المتركز للعالم (بيدرت) وعند الاطفال التي تكون مضت زمن الرضاعة ومهددة بحصول داء الخنازير او مصابة به ينبغي النسبة لترتيب التدبير الغذائي ونوع المعيشة اعطاء أوامر صحية قطعية فانه لا يكفي مثلا الايصاء ان الطفل يأكل قليلا من الخبز وكثيرا من اللبن والامراق واللحم والبيض ولا يشتغل بكثرة ويتريض في الهواء المطلق بل ان اريد النجاح ينبغي الامر بتعيين مقدار الغذاء مع الدقة وعدد الساعات التي تلزم للشغل أو الرياضة

وأهم الجواهر الدوائية المضادة لداء الخنازير واكثرها شهرة زيت كبد الحوت فهنالك أحوال عديدة ثبت فيها نجاحه الكلي لكن من جهة أخرى ننبه على انه قد يستعمل استعمالا غير لايق فان من ظن ان وجود تخن في الانف وتسلخ في الشفة العليا وعدة من الغدد اللينفاوية المنتفخة تكفي في الايصاء باعطاء زيت كبد الحوت لا يحصل في كثير من الاحوال على فايدة بالنسبة للمرضى بل قد يحدث ضرر لهم والذي يرتكن اليه في تمييز الاحوال التي يجوز فيها اعطاء زيت كبد الحوت والتي لا يثمر فيها هذا الجوهر الدوائي هي العلامات التي أشرنا لها فيما تقدم لكل من داء الخنازير الضعفي والتنبهي فان استدل من رقة تركيب بنية المرضى ومن فقد الطبقة الشحمية تحت الجلد ومن سرعة ضربات القلب ومن ازدياد قابلية تنبيه المجموع العصبي على ان حركة التحليل العنصري متزايدة حصل ولا بد من استعمال زيت كبد الحوت نجاح عظيم فانه في اثناء استعماله يشاهد ازدياد في امتلاء الجسم وتناقص في قابلية تاثيره وفي جميع الظواهر المرضية المرتبطة بذلك ومثل هذه الاحوال هي التي اشتهر فيها زيت كبد الحوت بانه واسطة مضادة لداء الخنازير واما ان وجد بعكس ذلك عند شخص خنازيري البنية جسم غليظ غير منتظم وكان كل من الانف والشفة العليا ليس فقط هو المنتفخ بانفراده

بل

بل كانت كذلك الطبقة الشحمية اسفل الجلد نامية نموا عظيما وضربات
القلب بطيئة وكانت قابلية تنبيه المجموع العصبي متناقصة جدا وبعبارة
أخرى يكون كل من التبادل العنصري وحركة التحليل الجسمي متناقصا
لا متزايدا فحينئذ يكون لا حاجة لاستعمال زيت كبد الحوت في داء الخنازير
ولا فائدة فيه —— ومن المستعمل بكثرة أن يعطى للمريض مع زيت
كبد الحوت بعض جواهر دوائية مشتملة على قليل من الجواهر القابضة
النباتية أو المرة لاسيما ثمر البلوط المحمص (اى قهوة البلوط) او اوراق
شجر الجوز على شكل منقوع واعطاء تلك الجواهر في الاحوال التي فيها
توجد حالة مرضية زائدة مزمنة في المعابها ينعسر كل من الهضم وامتصاص
الكيلوس وتضطرب التغذية وكذا التي فيها يخشى من تثاقل الحالة المعوية
المرضية من استعمال زيت كبد الحوت فقد يكون جايزا وكثير الفائدة وحيث
من الضرورى التمادى على استعمال كل من زيت كبد الحوت وقهوة البلوط
ومنقوع ورق شجر الجوز زمنا طويلا فلا بد من اتباع بعض شروط في ذلك
فالاطفال تزول كراهتها لتعاطى زيت كبد الحوت بعد زمن قليل فلا تابى
من تعاطى المقدار الكافي منه وهو من ملعقتين صغيرتين الى ثلاثة كل
يوم واما البالغون فانها تابى استعماله فيتعسر بكثرة المداومة على استعمال
المقدار الكافي منه عندهم وهو من ثلاثة ملاعق صغيرة الى ستة والاجود
عدم استعمال زيت كبد الحوت عند فراغ المعدة بل يستعمل بعد الاكل
بنصف ساعة او ساعة وينبغى عند استعمال هذا الجوهر الدوائى اجراء فترة
في الاستعمال زمنا فزمنا فانه ان تمودى على استعماله بدون انقطاع مدة
اشهر حصلت كراهة عظيمة بل مستمرة غالبا حتى عند الاطفال بل غثيان
وقيء كل مرة يوجب الجبر على استعماله وهذا العارض غير الجيد الذى يمنع
من استمرار المعالجة يمكن غالبا التجنبه بعمل تقطع وفترات في تعاطيه من
ثمانية ايام الى اربعة عشر كل اربعة اسابيع او ستة من تعاطيه ولاجل
تعاطى قهوة البلوط عند الاطفال بسهولة يكفي أن يضاف لثمر البلوط بعض
حبوب من البن —— وعند الاطفال ذوات اللون الانيمياوى المنقع
ينبغى أن يوصى بتعاطى استحضار حديدى خفيف بمقدار موافق لسن

الطفل ـــــ وأما اليود فلم يستعمل الآن بكثرة فى داء الخنازير مثل ما كان يوصى به (ليجول) ويظهر ان له ثمرة فى الاحوال التى يوجد فيها غؤ خلوى متين من عظيم فى الغدد اللمفاوية لاسيما متى كانت هذه الاخيرة هى الظاهرة الرئيسة فى هذا الداء وكذا عند وجود أمراض عظيمة ثقيلة ويستعمل هذا الجوهر الدوائى على شكل يودور البوتاسيوم أو يودور الحديد يجعل الاخير شرابا والاوفق استعماله على شكل المياه المعدنية اليودية لاسيما ماء كريتسناخ وسالين وغيرهما من المياه الكلورورية الصودية والحديدية راجع رسالتنا فى المياه المعدنية ومتى تيسر فتستعمل تلك المياه شربا واستحماما فى محل ينبوعها

ومن المهم فى معالجة داء الخنازير الحمامات القلوية الملحية لاسيما مياه نوهيم وكريتسناخ ونحو ذلك فان هذه المياه بتنبيهها وازديادها فى التبادل العنصرى الغذائى تعين على شفاء وتحلل التغيرات الموضعية المرضية فتكون جيدة المنفعة فى الاورام الغددية واصابات الاغشية المخاطية والطفحات الجلدية واجود الطرق العلاجية وأشهرها فى تحسين التغذية وتقويتها هى الحمامات البحرية ولابد ان فى تلك الحمامات دخلا وتأثيرا الهواء البحار وقد استعملت فى العصر المستجد المعالجة بالماء البارد لأجل مضاربة داء الخنازير ولايشك ان فى استعمالها الاحتراس لاسيما على شكل التغاليف بالملاآت المبتلة تبعا الطريقة شروت منفعة عظمى فانها تحدث ارتقاء وسرعة فى التبادل العنصرى الغذائى البطئ وقد ذكر بركهرشفلد انه شاهد تأثيرا جيدا من استعمال التشلشل البارد الموضعى على الاورام الغددية الخنازيرية فانه شاهد زوال وشفاء أورام من هذا القبيل كانت قد استعصت على جميع أنواع المشمعات والمراهم المحللة بالاستعمال المستمر للتشلشل البارد الموضعى والمكمدات الباردة

وعند الاشخاص الخنازيريين غير الضعفاء البنية وغير الانيميا ويين يوصى فى الفصل المعتدل من السنة باستعمال معالجة مسهلة لطيفة بواسطة شرب المياه الكلورورية الصودية وذهب برون الى ان المعالجة اللطيفة المستمرة بماء كرلسباد عند وجود ارتشاحات خنازيرية جيدة جدا وتستحق تكرار الايصاء

باستعمالها

باستعمال الهازيادة عما هو جار الى وقتنا هذا ولا يجوز المعلم برون نسبة جودة تأثير تلك المياه لاحتوائها على اليودور بكاته فانه قليل فيها للغاية بل لاحتوائها على مقدار عظيم من كلورور الصوديوم وفيما اذا لم يتيسر للمريض التوجه الى احد الاماكن الموجود بها تلك المياه ينبغي الاجتهاد في الحصول على مساكن جيدة الهواء في الخلوات وأما ما يخص معالجة الاصابات الموضعية الخفيفة أو الثقيلة فليراجع كل في مبحثه كأن تراجع كتب الجراحة والرمد

(المبحث السابع)

(في الديابيطس السكري)

(ويعرف بالمليتور يا أي البول العسلي)

(كيفية الظهور والاسباب)

الديابيطس السكري عبارة عن اضطراب غذائي عمومي متصف بظهور كمية متفاوتة من السكر في الافرازات المختلفة من الجسم لاسيما البول فكيفية ظهور الديابيطس السكري مرتبطة حينئذ ارتباطا كليا بمسئلة الوظيفة الفسيولوجية للسكر في الجسم الانساني عموما وبتكونه فيه خصوصا ولنعترف مع التأسف انه مع التجارب العديدة التي فعلت بهذا الخصوص لم تزل هذه المسئلة الى وقتنا هذا في تغيهب عظيم وجميع الاراء على هذا الخصوص لم تزل عرضة لمناقضات عظيمة فان بعض المؤلفين المشهورين كـكلود برنارد وليمان واسميدوفر يريكس وكننابي وسناتور وغيرهم يعتبر أن السكر متحصل طبيعي ضروري للحياة ناتج عن التبادل العنصري والبعض الاخر منهم مثل بافري ورتر وشيف وسيجن وغيرهم يعتبره جوهرا غريبا وليس ناتجا عن الاعمال الفسيولوجية في الجسم فظهور هذا الجوهر في الجسم لا يحدث هذا المرض بازديادفي كميته كما ذهب اليه المؤلفون الاول بل بمجرد ظهوره فيه على انفراده ولا حاجة لنا للتعرض هنا الى الفحص الدقيق عن جميع النظريات التي قيلت بالنسبة لتكون الجليكوز والديابيطس السكري واتباعها في جميع دقائقها بل الواجب علينا هنا الاقتصار على بيان التوجيهات والنظريات المهمة التي لها فائدة عملية حتى تتضح الحالة التي عليها هذه المسئلة الآن

ثم ان المؤسس الحقيقى لمذهب تكون السكر فى الجسم هو ولابد كلود برنارد فتبعا النظريانه التى تنوعت تنوعات مختلفة على هذا الازمان يعتبر السكر عنصر احتراق ضرورى بالجسم ويتكون فى باطنه على الدوام بكيفية طبيعية والعضو المولد له هو الكبد تبعا الرأى هذا المؤلف وذلك ان هذا العضو يولد ابتداء مايسمى بالجليكوجين أى النشاء الكبدى الذى هو الدرجة الكيماوية الابتدائية لتكون السكر وان هذا الجليكوجين يستحيل بتأثير خميرة نوعيه دياستازية الى سكر والجليكوجين ينشأ تبعا لبرنارد عن العناصر الغذائية الداخلة فى الجسم وذهب الى أنه يتولد من الكربونات الايدراتية الداخلة فى الجسم كما يتولد أيضا عن الجواهر الزلالية وقد حصلت اعتراضات عديدة بالنسبة لمسئلة تكون الجليكوجين فتبعا لتقاويم المعلم ميرنج طبقا لمشاهداته ومشاهدات غيره تعتبر مولدات للجليكوجين الجواهر الاتية وهى سكر العنب وسكر القصب وسكر الاثمار والمادة السكرية النباتية المعروفة بالاينولين وبالخرازين وبالجليتسيرين وبالاربوتين والغرويات والمواد الزلالية (وهى زلال البيض والمادة الليفية والمادة الجبنية) بخلاف تعاطى الانيوزيت والمانيت والكويرسيت والايرتيريت والشحم فانه لم يوجد بعد تعاطيها كمية واضحة من الجليكوجين فى كبد الحيوانات التى تركت فى حالة الجوع بل زال منه هذا الجوهر شيأ فشيأ ولاشك أن التغذية بالمواد المحتوية على النشا هى أعظم المؤثرات المولدة للجليكوجين فقد وجد نونين فى تجاربه بالتطعيم انه عند التغذية بالمواد النشوية يوجد دم الوريد الباب محتويا على كثير من الدكسترين وزعم أن منه يتكون جزء من جليكوجين الكبد وأما المعلم شيرينوف الذى ينسب تكون جميع جليكوجين الكبد للسكر الموجود فى المواد الغذائية وينكر خلافا لما تقدم تكون السكر من الجليكوجين فقد سمى الجليكوجين بالجليكوفتنيز وأما تكون الجليكوجين من المواد الزلالية فهو وان استبان من تجارب ومشاهدات أكلينكية عديدة لم يزل مشكوكا فيه الى الان وكذا الكيفية التى بها يتكون الجليكوجين من الجواهر الغذائية التى صار تعاطيها لم تزل عرضة للمجادلات فاعترض على الرأى الذى كان سابقا منتشرا ومقبولا بان هذا الجوهر ينشأ

عن استحالة لا واسطية في الجواهر الغذائية التي صار تعاطيها باختلاف الجواهر الغذائية ولو كانت في التركيب الكيماوي قريبة من بعضها وكذا النظريات القائلة بان الجليكوجين ينشأ عن المادة الزلالية للدم السابحة في الدورة وان مولدات الجليكوجين لا تؤثر الا بكونها سهولة احتراقها بعتريها التأكسد وبذلك تحفظ الجليكوجين المتولد وهذه النظريات و (تسمى نظريات الحفظ والوفر) قابلة للاعتراض أيضا لاسيما وان المواد الشحمية السهلة التأكسد جدا ليس لها أدنى تأثير في تكون الجليكوجين — ثم انه بعد تحمل الدم الواصل الى الكبد بالسكر بواسطة تأثير الخميرة الكبدية الدياستازية يسيل هذا الدم ويهرع تبعا لبرنارد بدون ان يعتريه أدنى تغير في متحصله السكري نحو القلب الايمن ثم الدورة الصغرى ثم الشرايين وانما يعتريه السكر احتراق في الاوعية الشعرية كما يثبت ذلك بقلة السكر جدا في الدم الوريدي وهذا الاحتراق يختلف باختلاف المحال وانما يشتد جدا في الجذوع الابتدائية للوريد الباب بحيث ان الدم الآتي به للكبد يكاد يكون خاليا عن السكر بالكلية وهذا الامر يثبت تبعا لبرنارد في الحيوانات عند التغذية باللحم المحض التي بها يفقد ولا بد الامتصاص اللاواسطي للسكر من الجذوع الوريدية للوريد الباب وهناك تحاليل عديدة للدم مؤيدة لمذهب برنارد ولو اعترض في قوة اثباتها بعضهم الا انها تأيدت وصارت مقبولة عند كثير من المؤلفين فكمية السكر الموجودة في الدم في الاحوال الصحية قليلة جدا بحيث لا تنفذ وتخرج مع الافرازات لاسيما البول تزداد ازديادا عظيما في الاحوال المرضية بحيث تنفذ وتخرج معه فينشأ عن ذلك حينئذ الديابيطس السكري وأسباب ازدياد السكر هذا تبعا لنظريات برنارد توجد ولا بد في ازدياد وظيفة العضو المكون للسكر وهو الكبد ويمكن احداث ذلك بوسايط صناعية لاسيما بالتأثير اللاواسطي على المجموع العصبي فقد برهن ابتداء برنارد على ان وخز أو جرح صفر محدود في قاع الجيب الرابع يقرب منشأ العصب المتحير يصير الحيوانات ديابيطيسية (أي ذات بول سكري) وقتيا (وهذا ما يسمى بالوخز البولي السكري) بخلاف الوخز في صفر أعلى من ذلك فانه لا يحدث كثرة الافرازا

مولياغز يرابدون سكر فيه وكذا المعلم ايكارد برهن على احداث البول السكرى الصناعى بواسطة قطع العقدة العصبية العنقية السفلى من الزوج الاول الصدرى او الاخير العنقى و بواسطة جرح الفص الخلفى من المخيخ عند بعض الحيوانات اذ بذلك يحصل افراز بولى غزير (ويسمى ذلك بالفص الادر يمى او الديابيطسى) كما ان المعلم شف قد برهن على احداث الديابيطس بواسطة افساد النخاع الشوكى امام وخلف منشأ الاعصاب العضدية والمعلم بافى بواسطة جرح الضفيرة الفقرية للعظيم السمباتوى ونحو ذلك وزيادة عن ذلك فان الديابيطس الصناعى ينشأ عن الامور الآتية وهى الحقن بالكرازين ومحلول ملح الطعام وكل من كربونات الصودا أو خلاتها او بنتراتها والاميلتريت والمرفين ونحو ذلك ومما ينبغى التنبيه عليه ان قطع العصب الحشوى السمباتوى يفقد تأثير كل من الوخز والحقن الديابيطسيين وان الحقن تحت الجلد بالجليسيرين يحدث هذه النتيجة كما قاله لوك سنجر وشك فيه اكهارد وذهب برنارد الى ان تأثير هذه الامور المحدثة للديابيطس السكرى انما ينتج عن احتقان فى الكبد يشير وظائف هذا العضو فان كلا من جرح المراكز العصبية والحقن بالسوائل المذكورة يحدث ولا بد تهيجا فى المجموع العصبى الوعائى وعلى هذا الاخير ينبنى احتقان الكبد (وانضم اكهارد الى هذا الرأى أيضا) فان تعادل هذا التهيج وانطفى زال أيضا ازدياد تكون السكرية وان لم يتعادل التهيج وبقى استمر أيضا الديابيطس السكرى فالديابيطس حينئذ مرض فى المجموع العصبى الوعائى وليس فى الكبد ولذا أنه لهذا السبب يكاد يوجد دائما غير متغير فى الصفات التشريحية وانما يكون محتقنا فقط بخلاف الدماغ فانه يكون غالبا محلا لتغيرات مرضية (كالاورام)

وقد صار ذكر بعض اعتراضات على هذه النظريات المبينة مع التفصيل فالمعلم پافى هو الذى اجتهد ابتداء فى اثبات كون الكبد فى الحالة الطبيعية لا يحتوى على سكر بل على جليكوچين (وهذا الامر واقع فيه الجدال الى الآن) فاستنبط من ذلك ان تكوين السكر لا يكون حينئذ من الوظائف

الفسيلوجية للكبد بل ان هذا الجليكوجين المحتوى عليه الكبد والمتراكم فيه يستحيل فى الحالة الطبيعية الى شحم وانما اذا وصل الى الدم فان السكر يتكون ووصول الجليكوجين الى الدم يحصل اما بعد الموت فهو حينئذ ظاهرة رمية أو بعد المجهودات وعدم الراحة عند الحيوانات المفعول عليها التجارب فسيلوجية ولربما أن هذا يحصل بواسطة الانضغاط الميخانيكى للجليكوجين فى الخلايا الكبدية ومن هذا نشأت كمية من السكر المتحصل عليها برنارد من الدم أسفل الكبد فالديابيطس على رأى باڤى ينشأ عن فقد الكبد بتأثير المجموع العصبى السمباتوى قابلية احالته للجليكوجين الى شحم وانتقاع الجسم به فالجليكوجين المتوفر بكمية عظيمة يصل أخيرا الى الدم ويستحيل الى سكر وقد انضم المعلم سيجين لهذا الرأى ثم ان اعتراضات باڤى هذه ولو أن لها دلائل تحقيقية بالنسبة لتحاليل الدم الاولية التى فعلها برنارد الا أنه مع ذلك يظهر تبعا للتجارب المستجدة ان تولد الجليكوجين تولدا فسيلوجيا فى الكبد لا يشك فيه فان تحليل دم الانسان المأخوذ بالفصد السابق ذكره لا يجوز قولا آخر خلاف ماذكر وكذا كل من المعلم كون وهوفن وايولد وغيرهم قد تحقق له السكر فى دم الاشخاص غير المصابين بالديابيطس لكنه فى الحقيقة مع ذلك لم يثبت أن تكون السكر وظيفة قاصرة فقط على الكبد بانفراده فان هناك تجارب عديدة بقطع النظر عن تحليل الدم تؤيد ذلك ولو كانت هذه التجارب ليست خالية من الاعتراضات بالكلية ولذا كان من القريب للعقل ان تكون السكر فى الجسم فى الحالة الطبيعية له ينبوع آخر خلاف الكبد وحيث ان برنارد قد اوضح ان الدم الوريدى الخارج من العضلات يكون اقل من المحتوى عليه الدم الشريانى فالجليكوجين المثبوت وجوده فيها لا يعتبر ينبوعا لكن من الجائز ان السكر المتكون فى القناة الهضمية من المواد النشوية بتأثير العصارات المنفرزة من غدد الهضم يدخل فى الاوعية الكيلوسية والوريد الباب معا ويصل الى الدم بدون واسطة

وعلى هذا القول ارتكن كنتانى فى نظرياته فان هذا المؤلف يعتبر جريان السكر فى الدم شرطا ضروريا للحياة ويرى انه ينبوع مهم لقوى الجسم وهو يميز

نوعين من السكر احدهما الجارى فى الدورة والثانى المخزن وهذا الاخير يتكون بلا واسطة من العناصر الغذائية على شكل جليكوجين ويتراكم فى الكبد والعضلات ففى الحالة الطبيعية يجرى السكر فى الدورة على شكل السكر العنبى (المسمى بالجليكوز) ويستحيل اليه فى القناة الهضمية بتأثير خميرة وهذا الشكل من السكر لسهولة قابلية احتراقه هو الذى يعوض مايفقد من الجسم فان فقدت الخميرة (الغير المعلومة الى الآن) التى تعطى للسكر هذا الشكل فالجسم حينئذ لايمكنه الانتفاع به وحينئذ يتراكم فى الدم الذى يسهل اثبات وجوده فيه ويتميز عن سكر الدم الاعتيادى بعدم تأثيره الضوئ (ويسمى بالباراجليكوز) وحينئذ فيمر مع البول وعلى هذا فالاعضاء المصابة ابتداء بالديابيطس هى الاعضاء المولدة للخميرة المكونة للسكر لاسيما البنكرياس الذى كثيرا مايوجد عند فعل الصفات التشريحية فى الاشخاص الهالكين بهذا المرض ضامرا غالبا ثم الكبد فيما بعد ففى الابتداء يفقد سكر التغذية خاصية استحالته الى الشكل السهل الاحتراق من الجليكوز ويصير بلا فائدة بالنسبة للجسم بخلاف جليكوجين الكبد فانه لم يزل الى هذا الزمن يستحيل الى السكر الطبيعى ويحترق وفى الادوار الاخيرة من هذا المرض يستحيل أيضا الجليكوجين أى السكر المخزنى الى الباراجليكوز (أى الجليكوز الغير النافع) وطبقا لذلك يمكن ولابد فى الدور الاول ايقاف تراكم السكر فى الدم وافرازه مع البول بمنع تعاطى الجواهر الغذائية المولدة للسكر وهى الجواهر النشوية (وهذا مايسمى بالديابيطس النشوى أو ديابيطس أكالين المواد النشوية) ومن الجائز أن صيانة البنكرياس المريض صيانة مستمرة يمكن أن تؤدى لشفائه شفاء تاما ويشفى الديابيطس تبعا لذلك وأما فى الدور الثانى فانه بمنع تعاطى الجواهر النشوية يمكن تنقيص افراز السكر لكن لايمكن ازالته بالكلية بسبب استمرار الاستحالة المرضية للسكر الحيوانى وهو الجليكوجين (وهذا مايسمى بديابيطس أكالين اللحوم) وكذا نظريات كنتانى ولو كانت مبينة مع التعقل وموضحة لكيفية حصول الديابيطس فانها لاتقاوم جميع الاعتراضات التى توجه نحوها ولاسيما بالنسبة لصفة سكر الدم عند المصابين

بالديابيطس القائل بها هذا المؤلف فانهما من جهة غير قريبة العقل من حيثية النظريات وذلك لان السكر المار من الدم الى البول لا يكون ما يسمى بالبارا جليكوز كما اعترف به كنتانى بل لسكر العنب الاعتيادى العاكس للضوء نحو اليمين ومن جهة أخرى فان هذه الصفة قد صار رفضها من كل من المعلم كوكر ومريخ بواسطة مشاهدتهما وزيادة على ذلك فان نظريات كنتانى لا يمكن بها توجيه البول السكرى الوقتى الذى ينتج عن الوخز السكرى ونحو ذلك وقد التجأ ذلك الى القول بانه يوجد تفاوت عظيم بين هذا وبين الديابيطس الحقيقى وحيث يتعسر القول بهذا الراى والانضمام له فلم يبق عندنا غير التصور بان الديابيطس يحصل بكيفيات مختلفة وبعبارة اخرى انه يوجد عدة امراض يوافق بعضها بعضا فى نتيجة واحدة وهى عدم الانتفاع بجوهر الاحتراق المهم (اى السكر) وافرازه مع البول وباقى الافرازات ولو كانت ناشئة عن تغيرات مرضية مختلفة وهذا الراى الاخير وجد له ايضا جملة معضدين فذهب المعلم سناتور الى انه يوجد ديابيطس سكرى ذوم شأ عصبى ومعدى معوى وكبدى فالشكل العصبى يطابق فى منشئه ما ثبت بالتجارب عقب جرح او وخز المجموع العصبى والشكل المعدى المعوى ينتج عن ازدياد كمية السكر فى دم الوريد الباب والكيلوس ولربما ان ذلك ينشأ فى المعاء عن فقد تخمر حمض اللبنيك الموجود فى السكر (كما قاله برنارد) او عن سرعة الامتصاص فيطابق حينئذ ديابيطس اكالين النشويات بخلاف الديابيطس ذى الينبوع الكبدى فانه ينشأ عن كون جليكوجين الكبد يمر فى الدم بسرعة بسبب احتقانه وهناك يستحيل الى سكر وانه لا يختزن فى الكبد بسبب سرعة الدورة فيه بل انه يمر منه على شكل سكر غير متغير وحينئذ يكون ذلك عبارة عن تناقص فى تكون الجليكوجين الذى ينسبه سناتور للاغذية الكربوناتية الايدراتية وليس للزلال فشكل الديابيطس ذى الينبوع الكبدى يطابق فى اعراضه ديابيطس اكالين اللحوم على حسب رأى كنتانى وتمييز الديابيطس المعدى المعوى عن الكبدى لم يتيسر الى الآن كما ذكره ستاتور وتبعا النظريات هذا الاخير كما هو مذكور فى نظريات كنتانى أيضا نجد انه يميز للديابيطس درجتان على حسب

كون منع تعاطى الجواهر النشوية فى الاغذية هل يزيل بالكلية افراز السكر اويكاد يزيله ام لا وقد نبه ايضا على هذين الشكلين كل من زوزنشتين وسيجستن بل ان هذا الاخير لا يعتبرهما دورين من مرض واحد بل شكلين من مرضين مختلفين وذهب فى توجيههما الى وجود نوعين مختلفين من الجليكوجين اختلافا كيماويا احدهما ينشأ عن السكر الداخل مع الاغذية والآخر عن المواد الزلالية وقرر تبعا للنظريات بانى انه فى الدرجات الخفيفة من النوع الاول يستحيل الجليكوجين الى سكر بدلا عن استحالته الى شحم واما فى الاشكال الثقيلة فان الجليكوجين الناشئ عن المواد الزلالية تعتريه هذه الاستحالة ايضا ومع ذلك فبرنج قد اثبت التشابه الكيماوى بين كل من الجليكوجين الناشئ عن الكربونات الايدراتية والمواد الزلالية فى تجارب تطعيمه وبالجملة فان المعلم ترويه قد وجه هذين الشكلين بكيفية مشابهة لما قاله كنتانى

وأما باقى النظريات التى قيل بها فى الديابيطس كامتناع احتراق السكر الناتج عن تناقص الحالة القلوية للدم (كما قاله يال) وكتناقص دخول الاوكسيجين فى الدم عند المصابين بالديابيطس وامتناع احتراق السكر المتكون طبيعيا تبعا لذلك (كما قاله بستنكوفرورويت) وكازدياد تحلل المواد الزلالية فى جسم المصابين بالديابيطس بحيث ان المادة الزلالية العضوية لا ينتفع بها فى تكون الكرات الدموية بل انها تتحلل وتستحيل فى الاعضاء نفسها الى بولينا وسكر بسبب تناقص الاوكسيجين (كما قاله هوبرت) وكعدم تحلل السكر الى جاتسرين والى جلتيرين الدية كما هو الواقع فى الحالة الطبيعية بسبب تناقص خميرة نوعية غير معلومة (كما قاله شولزن) فلا حاجة هنا الالذكرها فقط فان البعض منها قد اندرس بالكلية والبعض الآخر ليس مؤسسا على تجارب ومشاهدات اكلينيكية بل على نظريات لا اساس لها

فمن جميع ما ذكر يتضح ان كيفية حصول الديابيطس مبهمة وغير واضحة ولو مع كثرة الاشتغال بهذا المبحث ولقد اجاد المعلم كلود برنارد فى تشكيه فى آخر درسه على الديابيطس حيث قال ان جميع المؤلفين الذين يريدون تنقيح

هذه المسئلة ويستخرجون نتيجتها يقعون على الدوام فى اقاويل واستنتاجات متضادة ناتجة عن نظريات مختلفة لكن من الامور القليلة المتفق عليها يوجد امر مهم بالنسبة للطب العملى وهو تمييز الديابيطس الى درجتين اوشكلين كما قاله سيجين (اى ديابيطس اكالين النشويات وديابيطس اكالين اللحوم) واما باقى الاستنتاجات التجربية فلم تفد شيأ الا بالنسبة لكيفية حصول هذا المرض ولا بالنسبة لمعالجته

ثم ان الديابيطس يحصل فى جميع اطوار الحياة ومع ذلك فيندر اصابته للاطفال والشيوخ ففى مائة واربعة احوال شاهدها الطبيب شميتس لم يكن فيها الاطفل واحد سنه اقل من عشر سنين وستة عشر اكثر من الستين سنة ومن جملة المائة والاربعين حالة التى شاهدها سيجين لم يوجد فيها ولا طفل واحد عمره أقل من العشرة وخمسة عشر شخصا منهم جاوز الستين ومن جملة المائتين وثمانية عشر حالة التى شاهدها كنتانى لم يوجد فيها الاطفل واحد أقل من العشرة وتسعة عشر اكثر من الستين والذكور اكثر اصابة بهذا المرض من الاناث فقد اعتبر سيجين فى عدد الاصابة مائة من الذكور على أربعين من الاناث وشميتس سبعة وسبعين من الذكور على سبع وعشرين من الاناث وكنتانى مائة وواحدا وتسعين من الذكور على سبع وعشرين من الاناث ويعتبر من أهم الاسباب المهيئة لهذا المرض الوراثة فقد أمكن اثباتها سيجين فى أربعة عشر حالة على المائة وذلك بالنسبة للديابيطس نفسه أو بالنسبة لبعض الامراض العقلية التى لها ارتباط قريب به لاسيما الصرع وكذا الاضطرابات العصبية المختلفة لها أهمية عظمى فى حصول الديابيطس وهى اما أن تطرأ على شكل اصابات دماغية واضحة (كأورام الدماغ) وتنسبها فى الغالب المرضى لسقوطهم على القمحدوى أوانها تكون عبارة عن انفعالات نفسية ثقيلة كالحزن والرعب والاشتغالات العقلية الشاقة وقد نبه شميتس على انه عند وجود الاستعداد الوراثى للديابيطس يلزم ولابد حصول تأثير عصبى حتى يتضح هذا المرض وقد نوه كنتانى على انه يعتبر من أسباب هذا المرض الافراط من تعاطى الاغذية النشوية والسكرية فقد تيسر له اثبات ذلك فى ثمان وتسعين حالة من المائتين وثمانية عشر التى شاهدها وكذا

تعاطى بعض المشروبات كالنبيذ الحديث وعصارة بعض الثمار وتأثير البرد والبلل والنهوكة من الامراض الثقيلة والافراط من الشهوات تعد من هذا القبيل ويكثر اصابة الاشخاص ذوات السمن العظيم وفى كثير من أحوال هذا المرض لا يستدل على سببه

﴿الاعراض والسير﴾

العرض الرئس الواضح لهذا المرض هو استفراغ كمية عظيمة من بول باهت ذى وزن نوعى ثقيل ليس مطابقا للونه الباهت وذى طعم حلو غالبا وبهذه الاوصاف يتضح تشخيص هذا الداء بدون شك ولا يندر أن يستفرغ من المصابين بهذا الداء فى ظرف ٢٤ ساعة مقدار من ٥ لترات الى ١٠ بل وفى بعض الاحوال قد تبلغ كمية البول أكثر من ذلك فى هذه المدة وما قيل من أنه يستفرغ فى بعض الاحوال أكثر من ذلك بقدر ست مرات الى ثمانية يعد من المبالغات وقد زعم كثير من الاطباء أن مقدار البول المستفرغ فى بعض الاحوال يفوق بكثرة كمية السائل المتعاطى من الفم بالمشروبات أو مع المطعومات وهذا الامر يلجأنا للقول عند عدم تناقص وزن الجسم بان المرضى عوضا عن كونهم يتركون للهواء سوائل بواسطة التبخر الجلدى والرئوى يأخذون منه وهذا محض خطأ وحيث ان درجة حرارة الجسم أعلى من حرارة الاوساط المحيطة به كان هذا مخالفا للنواميس الفسيولوجية ولذا يغلب على الظن ان ما قيل فى المشاهدات التى شوهد فيها ان المصابين بهذا الداء يفقدون بواسطة البول والبراز كمية تفوق ما يتعاطونه مع المطعومات والمشروبات بدون أن يفقدوا شيأ موافقا للزيادة من وزن جسمهم مبنى على خطأ فان كل طبيب مشتغل بالمشاهدات المرضية والطبية لهذا المرض يعلم يقينا ميل المرضى المصابين بهذا المرض الى غش الطبيب لكونهم يخبئون عنه حقيقة الامر ولا يظهرون له جلية أمرهم بالصدق فى جميع مقدار ما تعاطوه من السوائل

وازدياد افراز البول عند المصابين بهذا المرض غير واضح بالكلية أيضا فان تعاطى كمية عظيمة من السوائل كما يحصل لمثل هؤلاء المرضى لا يكفى فى توجيه هذا الافراز وذلك انه لو تعاطى انسان سليم كمية عظيمة من السوائل

والمطعومات

والمطعومات على وجه التجربة بمقدار ما يتعاطاه المريض لوجدان كمية البول المنفرزة ليست واحدة بل قليلة بالنسبة للسليم كثيرة في المريض ولو كان مقدار السائل والمتعاطى واحدا والظاهر ان احتواء مصل الدم على كمية عظيمة من السكر تزيد في سرعة ارتشاحه في اللفائف الوعائية لمحافظ ملبيجي وان هذا هو السبب في زيادة افراز البول عند المصابين بداء البول السكرى وهذا التوجيه عقلى ويكتفى بان السكر الواصل على هيئته في تيار الدورة يشابه بعض الاملاح التى بدخولها في الدم تنفرز من الكليتين وتزيد في افراز البول بل انه أقوى تأثيرا في ادرار البول

وأما ازدياد الثقل النوعى للبول عند المصابين بالداء المذكور الذى يصل في الاحوال الخفيفة من ١٠٣٠ الى ١٠٣٠ وفي الاحوال الثقيلة من ١٠٣٠ الى ١٠٥٠ أو أزيد من ذلك فينتج بلاشك من احتواء البول على السكر لا من احتوائه على عناصر صلبة أخرى

ثم ان ازدياد كمية البول ازديادا عظيما مع ازدياد ثقله النوعى أيضا وطعمه السكرى وان دل ذلك على احتواء البول المنفرز على سكر يوجد أيضا جملة تجارب كيماوية يستدل بها ولا بد على التأكد من ذلك

وأجود هذه الطرق وأسهلها لاجل معرفة السكر في البول تجربة ترومير وهى ان يضاف الى جزء من البول المبحوث عنه كمية كافية من محلول البوتاسا ثم يضاف لذلك محلول خفيف من كبريتات النحاس ويستمر كذلك حتى يذوب الراسب الذى تكون ابتداء بالرج ثم يرشح السائل ويسخن فان كان محتويا على سكر ظهر له لون مزرق والا فلا وان رسب مدة تسخين السائل وقبل وصوله الى درجة الغليان اوكسيد النحاس الاحمر كان ذلك دليلا اكيدا على وجود السكر وان كان موجودا مع ذلك مواد زلالية فينبغى ترسيبها وفصلها بغلى البول ثم ترشيحه قبل اجراء تجربة ترومير فيه وهناك تجربة أخرى بسيطة وهى أن يسخن البول بعد اضافة محلول البوتاسا اليه فان كان فيه سكر شوهد تلون مصفر يسمر شيأ فشيأ الى ان يصير اسمر مسودا فان لم يحصل هذا التلون كان ذلك دليلا قطعيا على عدم وجود السكر فيه وان حصل فالاوفق اجراء تجربة ترومير السابقة لاجل التأكد من وجوده واما تجربة السكر بالتخمر

وغيرها من التجارب الكيماوية المتراجع فى كتب الكيميا العضوية وهنالك سائل يسمى بسائل فيلنج وهو اقوى واسطة فى معرفة مقدار السكر المشتمل عليه البول وبه يعرف مقدار كمية السكر المنفرز كل يوم وذلك متى امكن معرفة مقدار البول المنفرز فى ظرف ٢٤ ساعة وكذا الجهاز العاكس للضوء المعلم ونسكى يؤدى الى معرفة ذلك بطريقة اسهل مما تقدم والجهاز العاكس للمعلم روبيك دون ذلك ويمكن استعماله لاجل حصول هذه الغاية اعنى معرفة مقدار السكر فى البول ولو كان اقل من ذلك فى الدقة وفى احوال هذا المرض الخفيفة قد لا يحتوى البول على جزء او اثنين فى المائة من السكر وفى الاحوال الثقيلة منه كثيرا ما يوجد فى المائة ستة اجزاء او عشرة وازيد ومقدار السكر المنفرز كل يوم يمكن ان يزيد على ٥٠٠ غرام فى احوال هذا المرض الشديدة وكمية السكر تظهر اختلافات واضحة بالزيادة والنقص مدة سير هذا المرض ومن يوم الى آخر ومعظم اسباب هذه الاختلافات غير معلوم لنا البتة الآن هنالك بعض اسباب ينشأ عنها زيادة فى كمية السكر تارة وبعضها تارة ينشأ عنها نقصانها فمن الاسباب الاولى التى ينشأ عنها ازدياد كمية السكر تعاطى كمية عظيمة من المشروبات والافراط من الاكل وعلى الخصوص تعاطى كمية عظيمة من السكر والنشويات ومن الثانية اجتناب ذلك كتعاطى قليل مما ذكر الخ وتأثير المطعومات فى ازدياد السكر يستمر بعض ساعات ثم يزول فيتناقص مقدار السكر وقتيا

ثم ان فقد كمية عظيمة من الماء الذى يكابده الجسم فى هذا الداء بسبب افراط الادرار يوجد به بسهولة العطش الشديد الذى يعترى المرضى ليلا ونهارا ولا يعول على غير ذلك من النظريات فى توضيح هذه الظاهرة فان ازدياد الافراز البولى هو السبب فى ازدياد العطش بلا شك كما ان فقد السوائل غير المحسوس عند المصابين بالحميات او بالقىء والاسهال عند المصابين بالهيضة يوجد به شدة العطش عندهم بسبب كثافة الدم الناتجة عن فقد جزئه السائل ولا يندر ان يشرب المرضى المصابون بالبول السكرى عشرين ليترا او خمسة عشر فى ظرف ٢٤ ساعة ويشتد العطش خصوصا بعد الاكل اعنى فى الزمن الذى يزداد فيه تكون السكر والافراز البولى

وكذا

وكذا ايضا يوجه بفقد الماء العظيم الحاصل بالكليتين تناقص افراز العرق الذى يكاد يشاهد عند جميع المرضى المصابين بالبول السكرى ويحدث عندهم قحولة وجفافا عظيمين فى الجلد فانه كما يتناقص الافراز الجلدى عند ازدياد افراز الكليتين كذلك يتناقص هذا الاخير عند ازدياد الافراز العرقى والعرق الذى يشاهد فى المصابين بالديابيطس يشتمل على سكر

وهناك عرض آخر يكاد يلازم العطش المحرق وهو الجوع الذى كثيرا ما يكون قويا جدا فان المصابين بالبول السكرى كثيرا ما يتعاطون كمية عظيمة جدا من المطعومات كل يوم بدون التفات الى طبيعتها

ويعسر علينا توجيه هذه الظاهرة على وجه كاف ومع ذلك فالظاهر ان زوال الاحساس بالشبع وكذا النحافة الزايدة على الدوام الواصلة احيانا الى نهوكة عظيمة ينتجان عن كون الجسم لا يتغذى من الاغذية الواصلة اليه بل عوضا عن كونها تحل محل الجواهر المنتفع بها تستحيل استحالة مرضية أى الى سكر وتقذف الى الخارج وكذا ضعف الوظائف التناسلية التى تشاهد مدة سير هذا المرض ينتج أيضا عن نفس السبب الذى نتجت عنه النحافة وفقد القوى وبالجملة توجد جملة ظواهر مرضية أخرى أقل ملازمة لهذا المرض الا انها كثيرا ما تشاهد فيه وبها يتم وصف البول السكرى وذلك كتسوس الاسنان وهذه الظاهرة توجه بالكيفية الآتية وهى أن اسنان المصابين بهذا المرض تصير عرضة لتأثير الحوامض المنفرزة التى تتكون من فساد الافرازات الفمية السكرية ومنها الفموزس وتسلخات القلفة والحشفة وفوهة مجرى البول عند النساء وهى تحصل من كثرة ملامستها للبول المشتمل على السكر ومنها أيضا سهولة حصول التهابات تنتهى بالتنكرز والغنغرينا كالدمامل والجمرات والغنغرينا الموضعية والذاتية فى الاطراف والالتهابات الرئوية الفصيصية وخراجات الرئتين وغنغرينتهما

وكثيرا ما يظهر الدرن الرئوى فى المصابين بالبول السكرى فى نهاية مدته فيهلك به نصف المرضى تقريبا وقد يتضاعف هذا المرض بالبول الزلالى فيسرع فى هلاك المرضى

ثم ان سير البول السكرى مزمن فقد يستمر بعض أشهر بل سنين ويندرج جدا

مشاهدة أحوال حادة من هذا المرض فيها يحصل الموت في ظرف بعض اسابيع أو أقل من ذلك ولا توجد مشاهدات جيدة على ابتداء هذا الداء فان معظم المرضى يكادون لا يستشيرون الاطباء لاجل المعالجة الا متى ازداد افراز البول ازديادا عظيما واصطحب بعطش محرق وجوع قوى مصحوب بنحافة شديدة حتى انهم يتوهمون بوجود مرض خطر

ومدة سير داء البول السكرى تكون من سنة الى ثلاث سنين وقد شاهد المعلم جرسنجر ستين فى المائة انتهت حالتهم بالموت قبل استيفاء تلك المدة وهذه المشاهدات أغلبها مأخوذ من المارستانات فان أغلب مشاهدات الطب العملى مجهولة ومن المعلوم ان داء البول السكرى يستطيل زمنا طويلا جدا عند الاشخاص الذين لهم قدرة على المعيشة الجيدة والمعالجة اللائقة بخلاف غيرهم من المجبورين على الدخول فى المارستانات وانتهاء هذا الداء بالشفاء التام نادر جدا وانما هنالك مشاهدات عديدة شوهد فيها وقوف سير هذا المرض زمنا طويلا والموت وان لم يعقب بعض المضاعفات لابد وان يطرأ والمريض فى حالة نهوكة عظيمة وقد يشاهد قبل الموت اعراض عصبية مشابهة للظواهر العصبية التى تعقب التسمم البولى

(المعالجة)

قد اوصى فى البول السكرى باستعمال ادوية وطرق علاجية عديدة غير ان هذه الطرق مؤسسة على نظريات علمية بالنسبة لطبيعة المرض وتأثير الادوية ومنها ما هو قليل ما منفعته مأخوذة من التجارب الاكيدة ولا نتعرض هنا لذكر الطرق العلاجية المؤسسة على القول باعطاء الحوامض لعوق استحالة النشأ الى سكر أو اعطاء المركبات النوشادرية لاجل ادخال الازوت فى الجسم أو اعطاء الافيون لاجل تنقيص تهيج الكلية او مرارة الشور او الاملاح التقيئية لاجل التأثير على الكبد بجميع ذلك مؤسس على نظريات علمية وللمعلم جرسنجر الفضل فى اثباته عدم منفعة بعض الجواهر الدوائية بل وفى اثبات شدة ضررها كالا كؤليات وخميرة البوزة والسكر ظنا بان تعاطيه يعوض ما فقده الجسم منه

ثم ان التجارب دلت على نجاح بعض التدبيرات الصحية الغذائية فى هذا

المرض وهذه التدابير نافعة للغاية وان كان اصل ادخالها في الطب العملي مؤسسا على تعقلات علمية وهو انه من المهم جدا أن يتعاطى المصاب بالبول السكرى أغذية حيوانية بقال جدا استعمال الاغذية المشتملة على النشاء والسكر كليا فان التجارب قد دلت على ان اتباع ذلك وان حصل منه تناقص وقتي في البول السكرى الا انه لا ينحسم به عرق هذا الداء بالكلية وفضلا عن ذلك فمن المعلوم انه لا يوجد الا قليل من المرضى يمكنهم التمادى بجملة سنين على تعاطي الاغذية الحيوانية كاللحوم والبيض والاسماك وام الخلول والسرطان البحرى والخضراوات والسلطات وقليل من الخبز الجلوتيني الذى اخترعه المعلم بوشردا فالتصريح للمرضى بتعاطي قليل من الخبز كل يوم يسهل عليهم التمسك بالاوامر الطبية وليس فيه ضرر عليهم واذا لم يصرح لهم بذلك فانه عما قليل يحصل عندهم سأم وضجر من تعاطي الغذاء الحيواني على حدته فحينئذ لا يتمسكون باوامر الطبيب وينهمكون على استعمال المشروبات والاشياء التي يميلون الى تعاطيها مثل الخبز والاثمار فحينئذ يؤمر المريض زيادة على استعمال اللحوم بتعاطي الاغذية النباتية المجردة عن النشاء والسكر او لا تحتوى الا على قليل منهما جدا وقد سرد المعلم بوشردا جميع الاغذية التي يمكن للمصابين بهذا الداء استعمالها بدون ضرر وتنويع أغذيتهم بها كما سيأتي وهي جميع أنواع اللحوم مشوية او مصلوقة بل متبلة بالافاويه لكنها غير مجهزة مع الدقيق ومنها انواع السمك على اختلاف البحار عذبة ومالحة فانه باستعماله دون باقي اللحوم يقل تطلب التعاطي من الخبز ومنها استعمال الحيوانات الرخوة كالسرطان البحرى وام الخلول ونحو ذلك ومنها البيض المجهز بكيفيات مختلفة ويجتنب اللبن لكن لا مانع من تعاطي القشطة ومنها ان يستعمل من الخضراوات السبانخ والقرنبيط والكرنب والهليون والفاصوليا الخضرا والخرشوف ومنها ان يستعمل من انواع السلطات الجرجير والحرا والخس ومن انواع الفواكه التوت الافرنجي والبرقوق وتعاطي المشروبات وان كان ينتج عنها ازدياد في الافراز السكرى والامتناع عنها ينقصه لكن لا يمكن مع ذلك ايصاء المرضى ومنعهم عن اطفاء العطش وقد استبان من ابحاث جرسنجر على هذا الخصوص النتيجة الآتية وهي ان

التعطيش الشديد جدا الذى يعقبه اضطراب فى الصحة هو الذى ينتج عنه تناقص عظيم فى الافراز السكرى وان هذا التعطيش لايمكن تحمله الامدة قصيرة جدا وأوصى لتسل هؤلاء المرضى باطفاء العطش حسب الامكان وزيادة عن استعمال الماء العذب يجوز تعاطى بعض المشروبات المائية الحضية والقهوة والبوزة المخمرة جيدا ولا يعطى لهم النبيذ الحديث سيما الاحمر منه وحيث ان المصابين بالديابيطس يسهل تأثرهم من البرد يكونون مستعدين للاصابة بالالتهابات الرئوية يوصى لهم باستعمال الاقمصة المأخوذة من الصوف على الجلد مباشرة

وزيادة عما ذكر من الوسائط الغذائية الصحية التى باتباعها لاتشفى المرضى المصابة بالديابيطس الا انها تحمل هذا المرض زمنا طويلا بدون ضرر بين توجد وسائط دوائية يتحصل منها فى هذا المرض على نتائج عظيمة واضحة فاستعمال جوهر دوائى بمجرد القول انه أحدث تحسينا أو شفاء فى حالة مرضية من هذا الداء لايرتكن اليه فى الطب العملى سيما عند وجود مشاهدات تثبت عدم نجاحه واما الوسائط العلاجية المقطوع بجودة نفعها وتأثيرها على سير هذا المرض بواسطة ملاحظة كمية البول فى ٢٤ ساعة والافراز السكرى ووزن الجسم كل ذلك مع الملاحظة بالدقة فمن الواجب على الاطباء الايصاء باستعماله وأهم تلك الجواهر هى الكربونات القلوية فان المشاهدات والتجارب أبدت جودة تأثيرها فى هذا المرض ففى كثير من الاحوال يتحصل من استعمال فوق كربونات الصودا على نجاح وتحسين بين وأقوى من ذلك فى النجاح استعمال المياه الطبيعية الفوق كربوناتية كمياه ويشى وكرلسباد وقد ثبتت الشهرة القديمة لمياه كرلسباد الحارة فى هذا المرض بواسطة المشاهدات الاكيدة التى فعلها سيجن فانه لاشك انه باستعمال المعالجة بتلك المياه بعض أسابيع يزول كل من العطش والافراز البولى ويزداد وزن الجسم ويزول السكر من البول ومهما كان النجاح مستمرا أو وقتيا فان المعالجة بمياه كرلسباد هى المعتمد عليها فى هذا المرض طبقا للمعلومات الطبية المستجدة

وقد ثبت ان كلا من الافيون والمورفين ذو تأثير جيد فى هذا المرض اذ بهما

يمكن

يمكن تنقيص العطش والسكر في البول لكن هذا التأثير وقتي ومن النادر أن يكون مستمرا ولذا انهما لا يستعملان الا وقتيا وكذا من الجيد استعمال المركبات الحديدية أو المعالجة بشرب أحد الينابيع الطبيعية الحديدية كما شولباخ وميرمونت ونحوهما اذ بذلك يحصل تقوية في بنية المريض وأما الوسائط العلاجية التي لم يثبت الى الآن نجاحها مع التأكيد في الطب العملي فهي حمض اللبنيك الذي أوصى به كنتاني وزيت كبد الحوت والجلسرين الذي أوصى به شولزن وحمض السكر بوليك وصفافات الصودا التي أوصى بها اريشتين والزرنيخ الذي اوصى به ليتيه وصبغة اليود ويودور البوتاسيوم والكينين

﴿المبحث الثامن﴾
(في الديابيطس البسيط اى غير السكرى)
﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

كل من الديابيطس البسيط والسكرى مرض يخالف الآخر بالكلية ولو كانت الاعراض الواضحة لكل منهما وهي غزارة البول والعطش الشديد مطابقة لبعضها فان كلا من الدم والبول في البسيط لا يحتوي على مادة مرضية وجودها واصف له بل ان هذا الداء يسير كشكل بسيط من غزارة البول وبول المرضى المصابة بالديابيطس المذكور وان وجد فيه الاينوزيت وتوهم منه انه اصل منشأ هذا المرض وعلى مقتضى ذلك سمى الديابيطس البسيط بالديابيطس الاينوزيني تمييزا له عن السكرى الا ان ابحاث كل من استراوس وكلف قد استبان منها ان كل ادرار بولي صناعي عند السليم يؤدي لظهور الانوزيت فيه كما ان هذا الجوهر يشاهد ايضا في بول المصابين بالديابيطس السكرى فلا يكون حينئذ واصفا للمرض الذي نحن بصدده ومتى استبعدنا الادرار البولي العرضي البسيط من اعراض الديابيطس غير السكرى فلا يبقى عندنا توجيه في كيفية ظهور هذا المرض الا القول بانه انما ينتج عن اضطراب عصبي اولى وقد ذكرنا في المبحث السابق ان كلا من برنارد وجرهارد وجدا صفارا في المجموع العصبي المركزي يحدث جرحها ادرارا بوليا بسيطا ولاسيما الجزء الكائن اعلى من الصفر السكرى الذي في قاع الجيب

الرابع من المخ فان تهيج الفص الديابيطقى البسيط والسكرى للمعلم اجهرد ينتج عنه غالبا ادرار بولى بسيط وسكرى معا وكذا قطع العصب الحشوى الذى ينتج عنه نوع ادرار فى البول يزيل تبعا لما ذكره المؤلف الاخير تأثير الجرح السابق ذكره وقد وجد المعلم بايرنام ان تهيج العظيم السمباتوى فى العنق ينتج عنه ازدياد فى الافراز البولى واما قطعه فيحدث تناقصا فيه والى الآن لم تتضح كيفية تأثير هذا الاضطراب العصبى ومن الجائز أن المتأثر من ذلك ليس فقط الاعصاب الوعائية وحدها بل كذلك اعصاب نوعية خاصة بالافراز الكلوى وفى الحقيقة قد استبان من المشاهدات الاكلينيكية ان الديابيطس البسيط يوجد بالاضطراب العصبى فانه لم يشاهد ظهوره فقط مرتبطا بامراض عقلية ووراثية اوصرعية بل كذلك فى كثير من الاحوال امكن ثبوت الاضطرابات العصبية بلا واسطة كالاورام الدماغية والاصابات الالتهابية فيه والاستيريا والارتجاج الدماغى من نحو السقوط على الراس وكذلك قد شوهد الديابيطس البسيط عقب الانفعالات النفسية الشديدة والامراض النخاعية والالتهابات السحائية المزمنة والاصابات الزهرية الدماغية ومن جملة اسباب هذا المرض الاستعداد الوراثى ومع ذلك ففى كثير من الاحوال يتعذر وجود سبب مرضى ينسب اليه وبالنسبة للسن فان الشبان يكثر اصابتهم به زيادة عن الطاعنين وكذا يكثر اصابة الاطفال به زيادة عن اصابتهم بالديابيطس السكرى وتصاب به الذكور أكثر من الاناث مرتين أو اكثر وتوجيه الديابيطس البسيط بكون منشئه مرضا عصبيا يقرب من العقل حصول استحالة الديابيطس البسيط الى السكرى فان الاخير مبنى فى كثير من الاحوال على هذه التغيرات فانه طالما يحصل فى الديابيطس البسيط ظهور السكرى فى البول وقتيا كما ان حالة الوراثة شوهدت فى كلا الشكلين

﴿الاعراض والسير﴾

كمية البول المقذوفة من المرضى تكون احيانا فى الديابيطس البسيط عظيمة مثل ما فى الديابيطس السكرى بل أعظم منها فتبلغ فى مدة الاربع والعشرين ساعة من ثلاث ليترات الى اثنى عشر وقد تزيد عن ذلك فقد

شوهدت

شوهدت طفلة عمرها عشر سنين معتريها الديابيطس البسيط وكانت قليلة النمو ووزن جسمها ثلاثة وعشرون رطلا وكانت في اثناء مكثها في الاكلينيك بكنجين يخرج منها كل يوم مقدار من البول وزنه يبلغ وزن ثلث جسمها وكان بولها صافيا بالكلية وذا وزن نوعي قليل جدا خلافا البول المصابين بالديابيطس السكري وهذا البول يندر أن يجاوز وزنه من ١٠٠٥ الى ١٠١٠ وكثيرا ما ينحط وزنه النوعي زيادة عن ذلك بحيث يكون من ١٠٠١ الى ١٠٠٠٥ واحتواء البول على البولينا والاملاح يكون متناقصا وأما كمية البولينا المطلقة المنفرزة في ظرف ٢٤ ساعة فتكون في غالب الاحوال طبيعية أو متزايدة قليلا وقد شاهدت حالة من منذ مدة كان ينفرز فيها من المريض مع تعاطى الاغذية الازوتية ٩٠٠٠ سنتميتر مكعب من البول في ظرف ٢٤ ساعة محتويا على ٣٨ جراما من البولينا ويندر أن تكون كمية البولينا المنفرزة في ظرف ٢٤ ساعة متناقصة وقد شوهدت حالة أخرى في الاكلينك الخاص بنا خروج بولينا بقدر ٢٣ جراما في ظرف ٢٤ ساعة مع الغذاء الجيد وكان وزن المريض نحو ٤٨ كيلوجرام

وكل من الافراز الجلدي والرئوي يكون متناقصا تبعا للتجارب التي فعلت على النسب التي بين كمية المشروبات والبول المنفرز فان كمية المشروبات المأخوذة كل يوم والمواد السائلة الداخلة مع المطعومات تكون على نسبة متوازية بينها وبين البول المنقذف والعطش الشديد الذي يوجد عند المريض لا يعتبر سببا في ازدياد الافراز البولي بل نتيجة له

والاحساس بالجوع قد يكون متزايدا في هذا المرض فقد ذكر ترسو حالة عند مريض كان يتعاطى كمية عظيمة من المطعومات حتى أعطى له من احدى الاوكندات التي كان يعطى فيها الخبز بقلة دراهم في نظير عدم مجيئه اليها وفي الديابيطس البسيط جزء من المواد الغذائية المتناولة بدلا عن كونه يعوض جزيئات الجسم المتلاشية كما يحصل ذلك في الديابيطس السكري ينقذف بدون الانتفاع به وبذلك يوجه الجوع الغير الطبيعي النادر المشاهدة ويكون ازدياد تعاطى الماء وافرازه يعين على ارتقاء تحلل جزيئات الجسم

الازوتية فمن القواعد العامة أنه بازدياد جريان السوائل الجوهرية من خلال جزيئات الجسم يزداد ولا بد تلاشي كمية عظيمة من المواد الزلالية واحتراقها وأما الحالة العامة للجسم وقواه فانها تبقى غير مضطربة زمناً طويلاً خلافاً لما يشاهد في الديابيطس السكرى فقد شاهدت شابة عمرها عشرون سنة مصابة بالديابيطس البسيط وكانت قوية البنية ذات هيئة متوقدة وعندها قدرة على اجراء الاشغال الشاقة وبعد مضي خمس سنين وزواجها حضرت ثانياً الى الاكلينك وكانت تشتكي فقط بازدياد العطش واحساس بهبوط واساءة خلق وتأثر شديد من البرد وهذا التأثر نسبه الطبيب اشتراوس الى ازدياد تعاطي المشروبات الباردة اذ بذلك تتناقص الحرارة وعند آخرين من المرضى تحصل اضطرابات هضمية كآلام المعدة والقيء وعدم انتظام التبرز والنحافة والاحساس بالضعف وقد ذكر فيفر حالة هلك فيها المريض مع تلك الظواهر وعند فعل الصفات التشريحية لم يوجد فيه تغير مدرك

وسير هذا المرض ومدته يختلفان فاحياناً يظهر تدريجاً واحياناً يطرأ فجأة ولا يندر حصول تحسين وقتى كما قد يشاهد ان كمية البول المنفرزة في ٢٤ ساعة تصير طبيعية مدة حصول مرض يطرأ على المريض وبعد انتهائه ترجع كمية البول الى ما كانت عليه وهذا المرض قد يستمر جملة سنين بدون أن يهدد الحياة لكن قد يكون ذا سير خبيث متى كان مرتبطاً بآفة ثقيلة في الدماغ أو النخاع الشوكى وأما شفاؤه التام المستمر فنادر

وتشخيص هذا الداء غير عسر غالباً حيث يسهل تمييز الديابيطس البسيط من غيره في الامراض المصحوبة بافراز بول غزير كالادرار البولى الوقتى الذى يعقب الافراط من الشرب مثلاً وزوال الاستسقاء العمومى ونحو ذلك كما انه يسهل تمييز هذا المرض عن ازدياد الافراز البولى الذى يحصل فى الادوار الاخيرة من داء بريكت فان لهذا الاخير صفات عديدة تميزه الديابيطس البسيط وعن غزارة البول في الديابيطس السكرى

﴿المعالجة﴾

اول شئ يهتم به فى معالجة الديابيطس البسيط هو اتمام ما تستدعيه دلالات المعالجة السببية ما امكن كما شوهد ذلك فى حالة كانت ناتجة عن الداء الزهرى

الدماغي وشفيت بواسطة استعمال المركبات الزئبقية ولا حاجة لذكر الوسايط العديدة التي يتوهم ان لها تأثيرا لا واسطيا في هذا الداء وفي الاحوال الخفيفة يقتصر على اتباع وسايط قانونية صحية واستعمال الحمامات الفاترة والتدثر بالملابس المدفئة لايقاظ فعل الجلد ولأجل اطفاء العطش يمكن استعمال المركبات الافيونية كما في الديابيطس السكري وتقوية المريض باستعمال المركبات الحديدية ومن الوسايط الجديدة الممدوحة استعمال التيار الكهربائي المستمر على العمود الفقري وقسم السكايفي كما ذكره كولز واستعمال اليابورندي لأجل ايقاظ التلعب وافراز العرق كما ذكره ليكوك واستعمال الجويدرين كما ذكره رنجر وينبغي ولا بد التمادي على اجراء التجربة في ذلك

﴿تم الجزء الرابع﴾

يقول ناسج برده وناظم فرائد عقده تصحيحا وتحريرا وتنقيحا وتحبيرا قد حان أن ألقي عصا التسيار عن كاهل القلم وامسك بعنان جواد الفكر عن الجري في ميدان هذا الحكم حيث لاح من بشر وسائل الابتهاج بدر التمام وفاح من نشر مسكه عرف الختام لا غرو أن صار غرة في جبهة الكتب الطبيه وكان درة مصونة في صدف اللغات الاعجميه فاستخرج جهابذ مؤلفه حفظه الله من كمينها وغاص من اجلها بحار الفكر الثاقب فكان ابن معينها أردع فيه من كل يتيمة حرس الله والدها وخريدة اثر فريدة يحسد طارفها تالدها لا جرم قد احرز قصب السبق في هذا المضمار وهل يبلغ الضالع شأو الضليع كلا بل لا يكاد يلحق له غبار فيالها من وسايل ابتهجت بها نفائس النفوس بل مقاصد تجلي من بنات الافكار وناهيك لا عطر بعد عروس فما عسى أن يقال ان هو الا كتاب سارت بسيرته النجوم وانهزمت لطليعته كتائب الكتب فباتت في جلدها بعد ان لفها الوجوم طارصيته في الآفاق وبالاتفاق على أسبقيته انحسم عرق الشقاق حيث لا يكاد يختلف في فضله اثنان

وها هو نصب الاعين والفضل الما فرت به العينان وكان استهلال بدره من برج الكمال وابرازه من خدره في حلل الجمال في عهد من انتعشت روح الازمان بعهده وشهدت له الاشهاد بالعدل الذى لا يفي حاصره بعدّه ولا بحدّه من جبلت القلوب على وداده واقام الوزن بالقسط مع تقوى الله الكريم بين عباده شاد عماد الدين بعد أوده وراعى حق الاسلام وروى حديث الرفق بالرعايا مع علو سنده ذى المجد الاثيل والفرع الاصيل والنسب العريق سعادة خديو مصر محمد باشا توفيق أدام الله دولته وأعلى كلمته بقوّة باسه وولى عهده عباسه وبقية الانجال الكرام وحضرات وزرائه الثقات الاعلام معترفا بالكل الثناء الجميل لمن أمر بطبع هذا الكتاب الجليل حينما كان ناظر المعارف حضرة الوزير الكبير والعلم الشهير دولتلو رياض باشا الذى هو ببث العلوم جدير مخاصا في اداء واجبات الشكر بقلب سليم لخدن المعارف ورئيسها سعادتلو على باشا ابراهيم

ونرفع اللهم اليك اكف الضراعة يا من عوائده الجميل وصلته على الدوام موصولة بالبر والخير الجزيل أن تقيل عثراتنا وتصفح عن زلاتنا متوسلين اليك بخير صفوتك سيدنا محمد سيد الانام عليه وعلى آله وأصحابه افضل الصلاة وازكى التحية والسلام

بالرابع بمطبعة وادى النيل المصرية للاخوين الصادقين والشقيقين الصالحين محمد رفعت ومحمود فاضل وذلك في سنة ١٢٩٨ هجريه

تبركيل (الدرن)	- Tubercules		,
تبركولوز (التدرن)	- Tuberculose		,
تيفوس	- Typhus	داءالخدر	,
تريكوسفالوس(الدودة	- Trichocephalus	ثلاثة	cephalus رأس, tricho
ذات الرؤس الثلاثة)	-		,

U

	-		,
ايريمى البول الدموى	- Uraemie	البول	aemie دم, ru
اورتكاريا (الانجرية)	- Uraticarea	مرض جلدى	,

V

وكسينا (مادة التلقيح)	- Vaccina	,
ويروس (الاصل السمى)	- Virus	,
ويتليجو (مرض جلدى)	- Vitiligo	,

شانكرا قرحة الزهرية الرخوة	Schanker -		,
شانكرويد (الشبيه بالشنكر)	Schankroid -		,
سكوربوط (الحفر)	Scorbut -		,
سكروفولوز (داء الخنازير)	Scrophulose -		,
سكاروز التيبس	Sklerose -		,
سبرماطوريه (السيلان المنوى)	Spermatorrhoe -	منى	rrhoe سيلان, spermato
سوداميناً (الحويصلات الدخنية)	Sudamina -		,
سفيليد الطفحات (الجلدية الزهرية)	Syphiliden -		,
سيفيلس الداء الزهرى	Syphilis -		,

T

تينيا (الدودة الوحيدة)	Taenia -		,
تيتنوس (التقلص العضلى)	Tetanus -		,
ترنبوز (السداد الذاتية أو الثابتة)	Thrombose -		.
تينيا (القراع)	Tinea -		.
تيك (الصفر العصبى المؤلم)	Tic -		.
تراخيا القصبة الهوائية المعروفة قديماً بالوعاء الصلب	Trachea -		,
تراخيوطوميا (القطع القصبى)	Tracheotomie -	قطع	trachea قصبة, tomie
تريشينا الديدان الرفيعة المتعربة	Trichinen -		;

بيكتوريلوكيا (التكلم الصدرى) Pectoriloquie – تكلم – pectori صدر, loquie

بامفيجوس (مرض جلدى حويصلى) Pemphiguis – مرض جلدى حويصلى,

فيموزيس (اختناق القلفة الخلقى) Phimosis – اختناق القلفة الخلقى ,

فتيزيس (السل) Phthisis – سل ,

بتريازس مرض جلدى نخالى Pityrisis – مرض نخالى .

بوليبوس Polypous – أرجل – polyكثيرة , pous

بورريجو (مرض جلدى فقاعى) Porrigo – مرض جلدى ,

بروستتا Prostata – امام – pro, موضوعstata

بروريجو (الحكه) Prurigo – الحكة ,

بسوريازس (مرض جلدى) Psoriasis – حكة – psora ,

بوربورا الفرفورية – Purpura ,

R

راشيتيسم (لين العظام) Rhachitis – ازدواج العظام ,

روماتيزم (الحدار فى الجسم) Rhematismus – حدار – reuma ,

روبيا (مرض جلدى) Rupia – ,

S

سارکوسيل (قيلة لحمية) Sarcocele – لحميه – sarco, قيلة cele

سارکوم (ورم لحمى) Sarkom – ,

N

نفرالجيا (الالم العصبي) Neuralgie - العصب neur, ألم algie

O

أوكسيرس الديدان (ذات الذنب الدقيق) Oxeyuris - ذنب uris, دقيق oxey

أوذيما (الانتفاخ) المائي Oedema - انتفاخ

أوليجوسيتميا (قلة كرات الدم) Oligocythaemie - قلة oligo, كرات cyth, دم aemie

اوليجوكرومي بهاتة اللون أو الخالوروز Oligochromaemie - دم aemie, لون chrom, قلة olig

اوتزينا (نتن الانف) Ozaena - نتن الانف

P

باخيدرمي (داء الفيل) Pachydermie - الجلد dermie, غلظ pachy

برتستيز البزل الجانبي (أي بزل الصدر) Paracentese - جنب centese, بزل para

باراليزيس الشلل Paralysis - شلل

بارفموزس (اختناق القلفة المقدم) Paraphimosis - مقدم para, اختناق قلفة phimosis

باراپليجيا (شلل نصفي سفلي) Paraplegie - نصف para, شلل plegie

بارازيت (حيوانات طفيلية) Parasiten - أجنبي para, حيوان siten

پاتولوجيا (علم الامراض) Pathologie - مرض patho, علم logie

L

رنج فتيس (السل الحنجرى) Laryngophitisis - حنجرة laryngo, سل phitisis

رنج استينوز (تضايق الحنجرة) Laryngostenose - خنجرة laryngo, تضايق stenose

ليبرا جذام Lepra - جذام

ليكيا (الدم الابيض) Leukaemise - أبيض leuk, دم aemise

رنج اسكوبى (البحث بالمنظار الحنجرى) Laryngoskopie - الحنجره laryngo, البحث بالمنظار skopie

لاجوفتالموس (جحوظ العين) Lagophthalmus - جحوظ lago, العين ophtalmus

ليكوتميا (الكرات البيضاء للدم) Leucocythaemie - كرات بيضا leucocyth, دم aemie

ليكوريا (السيلان الابيض) Leukorrōe - أبيض leuko, سيلان rrhōe

ليكن الحزاز (مرض جلدى) Lichen - مرض جلدى

لو بوس أى الأكلة Lupus - مرض جلدى تقرحى اكال

ليسا (الجنون الكلبى) Lyssa - الكلب

M

مانيا (نوع من الجنون) Mania - جنون

مارازموس (النهوكة) Marasmus - نهوكة

ميليتوريا (البول العسلى أى الديابيطس) Melliturie - عسل mellit, بول urie

ميتريت (التهاب الرحم) Metritis - التهاب metr, رحم itis

ميلاريا (العرق الدخنى) Milaria - عرق دخنى

thorax صدر, hydro ماء - Hydrothorax | هيدروطركس (الاستسقاء الصدرى)
aesthesie حساسيه, hyper ازدياد - Hyperaesthesie هيبرستيزيا (ثوران الحساسية)
kinesis حركة, hyper ازدياد - Hyperkinesis هيبركينزيا (تشنج)
plasie تعضون, hyper زيادة - Hyperplasie هيبربلزيا (ازدياد التعضون)
trophie التغذيه, hyper ازدياد - Hypertrophie هيبرطروفيا (ضخامة)
, داء المراقين - Hypocondria ايبوخونداريا (داء السودا)
stase وضع, hypo أسفل - Hypostase هيبواستاذ (الاحتقان الانحدارى)
, اختناق الرحم - Hysterie اسيتيريا (الاختناق الرحمى)

I

مرض جلدى فيه يتكون قشر كقشور السمك | - Ichthyosis ايكثيوزيس
synkrasie خلط, idio خاص - Idiosynkrasie ايديوسنكرازيا (استعداد بنى)
, بشرى, مرض جلدى - Impétigo ايمبتيجو (مرض جلدى بشرى)
, جلدى, مرض - Intertrigo اينترتريجو (مرض جلدى)

K

exia اخلاط, kach ردئ - Kachexia كاشكسيا (سوء القنية)
algie ألم, kardi فؤاد - Kardialgie كارديالجيا (الالم الفؤادى)
lepsis مسد, kata الى شى - Katalepsie كتلابسيا (التخشب)
, - Katarrakten كاتركتا
, مغص معوى - Kolika كوليك (المغص المعوى)
, لطخ عريضة - Kondylome كونديلوما (اللطخ العريضة)
الزكام - Koryza كوريتزا (الزكام)

H

emesis قىء, haemat دم	- Haematemesis	{ هماتو ميزيس (القىء الدموى)	
ظاهرة,	هيئة - Habitus	هابتوس (الهيئة)	
cela قيلة, haemato دم	- Haematocela	هماتوقيلة (القيلة الدموية)	
urie بول, haemat دم	- Haematurie	هماتوريا (البول الدموى)	
metra رحم, Haemo دم	- Haemometra	هموميترا (النزيف الرحمى)	
philie(الميل), haemo دم	- Haemophile	هموفيليا (سوء القنية النزيفى)	
ptoë بصاق, haemo دم	- Haemoptoë	{ همو بتسه (البصاق الدموى النفث الدموى)	
rrhagie سيلان, haemo دم	- Haemorrhagie	هموراجيا (النزيف الدموى)	
rroiden سيلان, haemo دم	- Haemorhorroiden	هموريد البواسير	
,	هلوسة - Hallucinationen	هالسيناسيونه الهلوسة	
,	داء ديدان - Helminthiasis	هلمنتيازيس (داء الديدان)	
kranie رأس, hemi نصف	- Hemikranie	هيمكرانى (الصداع)	
plegie شلل فالج, hemi نصف	- Hemiplegie	هيمبلجيا (شلل نصفى جانبى)	
جلدى,	مرض - Herpes	هربس (مرض جلدى)	
cephalus دماغ, hydro ماء	- Hydrocephalus	{ هيدروسفالوس (الاستسقاء الدماغى)	
metra رحم, hydro ماء	- Hydrometra	هيدرومتر (الاستسقاء الرحمى)	
phobie فزع, hydro ماء	- Hydrophobie	{ هيدروفوبى (الفزع من الماء أو الكلب)	
rrachis العامود الفقرى, hydro ماء	- Hydrorrhaches	{ هيدرورا شيا (الاستسقاء الفقرى)	
aemie دم, hypper ازدياد	- Hypperaemie	ايبريميا (الاحتقان)	

انسفاليت (التهاب الدماغ) Encephalitis - التهاب itis , دماغ encephal

اندارتريت (الالتهاب الشرياني الباطني) Endarteritis - باطن end , التهاب شرياني arteritis

اندوكارديت (التهاب الغشا الباطن للقلب) Endokarditis - باطن endo التهاب قلب karditis

انترالجيا (مغص معوى) Enteralgie - المعى enter , ألم algie

انوريزيا (البول الليلى) Enuresis - ليل en , بول uresis

ابيليبسيا (الصرع) Epilepsia - الصرع ,

امبيما (التجمع الصديدى الصدرى) Empyema - التجمع الصديدى للصدر

أبيستاكسيا (الرعاف) Epistaxis - رعاف ,

اريزبيل (الحمره الجلدية) Erysipelas - الاحمر erysi , الورم pelas

اريثما (مرض جلدى) Erythema - الاحمرار ,

اكزانتيما (طفح جلدى نشاع) Exantema - طفح جلدى نشاع ,

F

فووس (القراع) Favus - قراع ,

فيبرومايوم (ورم ليفى عضلى) Fibromyom - ورم ليفى عضلى .

G

غنغرينا (موت الانسجة) Gangraen - موت الاجزاء ,

جاسترالجيا (ألم معدى) Gastrealgie - معده gastre , ألم algie

جاسترومالاسيا (لين المعده) Gastromalacia - معده gastro , لين malacia

جونوريا (السيلان المنوى) Gonorrhoe - منى gono , سيلان rrhoe

جريب (التهاب شعبى وبائى) Grippe - نزلة شعبيه وبائية .

diphther غشا, itis التهاب - Diphtheritis (دفتيريا (الالتهاب
) الغشائی)

, المدرات البوليه - Diuretica (المدرات للبول) ديورتيكا

enteric المعی, dys فساد - Dysenteric دوسنطاريا الاسهال الزحيری

krasis الاخلاط, dys فساد - Dyskrasie (سوء الاخلاط) دسكرازيا

rrhoe سيلان, men شهر dys فساد - Dysmenorrhoe (عسر الطمث) دسمنوريا

pepsie هضم, dys سوء - Dyspepsie (سوء الهضم) دسپبسيا

phagia الازدراد, dys سوء - Dysphagia (عسر الازدراد) دسفاجيا

pnoe التنفس, dys عسر - Dyspnoe (عسر التنفس) ديسپنيا

uria التبول, dys عسر - Dysuria (عسر التبول) ديزوريا

E

koken حويصلية, echino دوده - Echinokocken (ايكينوكوك
) (ديدان حويصليه)

lampsia ادراك, ek زوال - Eklampsia (التشنجات) اكلامسيا

, مرض جلدی - Ekthyma (مرض جلدی) ايكتيما

topia انتقال, ek تحول - Ektopia (تحوّل انتقال) ايكتوپيا

, طفح جلدی نشاع - Ekzema (طفح جلدی نشاع) ايكزيما

السكهربائية - Elektricitat (الكهربائية) ايليكتريستا

iasis داء, elephant فيل - Elephantiasis (داء الفيل) ايليفانتيازس

, سدد سياره - Embolie (السدد السيارة) أمبوليا

, سدة سياره - Embolus (السده) أمبولوس

physem تمدد, em باطنی - Emphysem (التمدد الغازی) انفيزيما

tonus تقلص, emprostho مقدم - Emprosthonus { امبروستوطونوس
} (تيتنوس مقدم)

ektasie تمدد. bronchi شعب - Bronchiektasie(تمدد الشعب) برونشيكتازيا

phonie صوت, broncho شعب - Bronchophonie {برونشوفونيا (صوت شعبي أو النفخ الانبوبي)}

rrhoe سيلان, broncho شعب - Bronchorrhoe السيلان الشعبي) برونشوريا

C -

, كلوروز - Chlorose (انتقاع اللون) خلوروز

, سرطان - Carcinoma (السرطان) كارسينوما

algia ألم, cephal رأس - Cephalalgia (صداع) سيفالالجيا

, كينين - Chinin (كينين)

, هويضه - Cholerina كلورين هويضة

, هيضه - Cholera كولرة هيضة أو الهواء الاصفر

، سعال تشنجي - Coqueluche (سعال تشنجي) كوكليش

آوذبحه غشائيه, سعال ديكي - Croup (السعال الديكي) كروب

, تلون مزرق - Cyanose (التلون المزرق) سيانوز

cercus الذنب, cysti حويصلة - Cysticercus {سيستيسركوس (الدودة الحويصلية ذات الذنب)}

D

itis التهاب, dermat جلد - Dermatitis (التهاب الجلد) ديرماتيتس

diabetes غزارة البول, mellitus عسل - Diabetesmellitus (البول السكري) ديابيطس

, الاسهال - Diarrohea (الاسهال) دياريا

these (قنية), dia سوء - Diathese (سوء قنية) دياتيز

algesie الالم, an فقد - Analgesie أنالجيزيا فقدالالم

- تمددشريانى - Aneurysma أونوريزما (تمددشريانى)

sarka لحم, ana على - Anasarka أنازركا (استسقالحمى)

, ذبحة - Angina أنجينا (ذبحة)

idrosis عرق, an فقد - Anidrosis أندروزيا (فقدالعرق)

ostosis العظم, an فقد - Anostosis آنوسطوزيا (فقدالعظم)

versio الميل, ante المقدم - Anteversio أنتفرسيو (الميل المقدم)

helmenthica دود, ant ضد - Anthelmenthica أنتالمنتيكا (الادوية الطاردة للـــــدود)

, الشريان الابهرى - Aorta أورطى (الشريان الابهرى)

phonie صوت, a فقد - Aphonie أفونيا فقدالصوت

, قلاع - Aphthe أفت (القلاع)

, السكتة الدماغية - Apoplexie أبوبليكسيا (السكتة)

pyrexie حمى, a فقد - Apyrexie أبيريكسيا (فقدالحمى)

sphyxie نبض, a فقد - Asphyxie أسفكسيا (الاختناق)

, ربو - Asthma (الاسم أى الربو)

B

rrhoe سيلان, blenno مخاط - Blennorrhoe بلينوريا (سيلان مخاطى)

spasmus تشنج, blepharo جفن - Blepharospasmus بليفاروسباسموس (تشنج الجفن)

cephalus رأس, bothrio حفرة - Bothriocephalus بوتريوسفالوس (الدودة ذات الرأس المحفورة)

﴿قاموس الالفاظ الاصطلاحية الطبية المأخوذة من اللغة اللاتينية واليونانية﴾
(واستعملت بكثرة في كتابنا مع اشتقاقها منهما بالحروف اللاتينية)

A

أكاروس	قملة الجرب	Acarus	أو حيوان الجرب
أخولي	فقد الصفرا	Acholie	فقد A , صفرا cholie
أخروما	فقد اللون	Achroma	فقد A , لون chroma .
أكنا	مرض جلدي يعرف بحب الشباب	Acne	حب الشباب ,
ايجوفونيا	الصوت المعزى	Aegophonie	معزه aego , صوت phonie
أجينيزيا	فقد أحد نصفي الدماغ	Agenesie	فقد a , تكون genesie
أجيستيا	فقد الذوق	Agéustie	فقد a , الذوق géustie
أكينيزيا	فقد الحركة	Akinesis	فقد a , حركة kinisis
البومينوريا	البول الزلالي	Albuminurie	زلال albumen , بول urie
الوبسيا	(داء الثعلب)	Alopecia	- , ثعلب alopix
آموروز	(فقد الابصار)	Amaurose	فقد الابصار ,
أمبليوبيا	(كلال الابصار)	Amblyopie	كلال amblyــ , ابصار opie
أمينوريا	(انقطاع الطمث)	Amenorrhoë	فقد شهر amen , سيلان rrohoe
أميليا	(فقد النخاع الشوكي)	Amyelie	فقد a . نخاع myelie
أنيميا	(فقد أو فقر الدم)	Anaemia	فقد a , دم aemie
أنستيزيا	(فقد الاحساس)	Anaesthesie'	فقد an , الاحساس aesthesie